

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1899-1900

N° 38.

ÉTUDE
SUR
LE CHANCRE SYPHILITIQUE
DES AMYGDALES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 27 juillet 1900, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Christe DOCTOROFF

Né à Dobritch (Bulgarie) le 20 avril 1877

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. SPILLMANN, professeur.....	Président.
		MACÉ, professeur.....	Juges.
		FÉVRIER, agrégé.....	
		JACQUES, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE DE L'EST

51, Rue Saint-Dizier, 51

1900

ÉTUDE
SUR
LE CHANCRE SYPHILITIQUE
DES AMYGDALES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ÉTUDE
SUR
LE CHANCRE SYPHILITIQUE
DES AMYGDALES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le vendredi 27 juillet 1900, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Christe DOCTOROFF

Né à Dobritch (Bulgarie) le 20 avril 1877

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. SPILLMANN, professeur.....	Président.
		MACÉ, professeur... ..	Juges.
		FÉVRIER, agrégé.....	
		JACQUES, agrégé.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



NANCY

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE DE L'EST

51, Rue Saint-Dizier, 51

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, *, I.

Assesseur : M. BERNHEIM, *, I.

Professeurs honoraires : MM. HERRGOTT, *, I, HECHT, *, I, BEAUNIS, *, I.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, *, I, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, *, I, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, I, professeur.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I, professeur.
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.	M. SCHMITT, I, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, I, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I, professeur.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, I, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique des maladies des enfants...	M. HAUSHALTER, A, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. FÉVRIER, *, A, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, A, ag., ch. du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES, A.
HAUSHALTER, A.	GUILLOZ, A.	LAMBERT.
FÉVRIER, *, A.	FRÉLICH, A.	ANDRÉ.
ETIENNE.	SCHUHL, A.	BOUIN.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I, VAUTRIN, A, REMY, A, P. PARISOT, I.

M. F. LAMBERT DES GILLEULS, (M), A, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Éternels Regrets.

A MA MÈRE

A mon Oncle regretté

LE DOCTEUR I. POPPESCO

Ancien Directeur de l'École vétérinaire de Bucarest.

A mes Cousins

LES DOCTEURS IRIMIA POPPESCO, N. SOCOLESCO

ET ST. TULEFF

A tous mes Parents et Amis.

A MADEMOISELLE MARIE PEIFFER

Respectueux hommage d'une profonde vénération.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy
Chevalier de la Légion d'honneur

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR SPILLMANN

Professeur de Clinique médicale
Correspondant de l'Académie de Médecine

A mon cher Maître

MONSIEUR LE DOCTEUR MACÉ

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
Directeur de l'Institut sérothérapique de l'Est

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAOULT

A tous mes Maîtres de la Faculté

INTRODUCTION

Le sujet que nous nous proposons d'étudier n'est pas une nouveauté pour la littérature médicale, puisqu'on en parle déjà du temps de Fracastor ; nous voyons, en effet, beaucoup d'auteurs décrire des lésions semblables dans les observations qu'ils ont publiées ; d'autres n'y font qu'une simple allusion.

Jusqu'à M. Fournier, cette localisation de l'accident primitif de la syphilis sur les amygdales n'était pas connue et recherchée par les médecins praticiens ; cela ne regardait que les spécialistes, bien que le chancre amygdalien soit la manifestation d'une infection générale. Il a fallu les remarquables travaux de Diday, Rollet, Fournier, etc., pour que cette maladie prenne la place qu'elle mérite, car elle doit être une des plus importantes. Au cours de notre travail, nous verrons que les cas sont très fréquents ; souvent ignorée, cachée, ne donnant lieu à aucun soupçon

sur sa nature, confondue avec plusieurs autres affections, elle produit des épidémies entières de syphilis, surtout dans les familles. Cela nous prouve quelle est l'importance de son étude et combien les médecins doivent être attentifs dans leur diagnostic, puisqu'une simple erreur pourrait être impardonnable. En partant de ce point de vue, nous avons voulu réunir tout ce qui a été publié jusqu'à présent concernant le sujet qui nous intéresse et en donner une monographie complète.

Pour l'éclaircissement de quelques points et pour la bonne description de certains chapitres, nous devions être aidé par une bibliographie détaillée et de nombreuses observations. Nous avons fait tout notre possible pour faire une bibliographie complète de tout ce qui a paru en France et à l'étranger sur ce sujet. Les nombreux cas inédits que nous avons en main n'ont fait que nous encourager encore plus et nous prouver la fréquence de cette lésion.

A l'exemple de tous nos camarades, nous avons le plaisir d'exprimer ici notre vive gratitude à nos maîtres de l'Université de Nancy, qui, au cours de nos études, nous ont encouragé et soutenu de leurs bienveillants conseils ; nous sommes heureux de les remercier des savantes leçons dont

ils nous ont fait largement profiter, et nous les prions de vouloir bien agréer nos respectueux hommages.

Que M. le professeur Spillmann, qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien recevoir tous nos remerciements et qu'il nous permette de lui témoigner toute notre admiration de ses savantes leçons cliniques ; nous nous souviendrons toujours de l'intérêt qu'il porte à tous ses élèves, et dans notre future carrière nous n'oublierons jamais sa bienveillance à notre égard.

Nous n'oublierons jamais non plus les quelques années passées dans le laboratoire de notre cher maître, M. le professeur Macé, et toutes ses délicates attentions à notre égard ; maintes fois il nous a prodigué de ses conseils dont nous avons su profiter ; nous ne saurons trop lui en rendre hommage. Qu'il veuille bien agréer ici nos sincères remerciements pour toutes ses bontés.

A Messieurs les Professeurs agrégés Etienne et Jacques nous adressons tous nos remerciements pour les éléments qu'ils ont fourni à notre travail, ainsi que pour leurs savantes conférences à la Faculté.

Nous devons une grande part de reconnaissance à M. le docteur Raoult qui nous a inspiré

le sujet de notre thèse et qui avec un dévouement dont nous ne saurons assez le remercier, nous a aidé de ses savants conseils et a mis à notre disposition sa riche bibliothèque et de nombreuses observations.

M. le docteur Compaired, de Madrid, a bien voulu nous communiquer plusieurs observations inédites ; qu'il veuille bien recevoir ici nos vifs remerciements.

M. le docteur Renaud a mis à notre disposition également une observation intéressante, nous l'en remercions sincèrement.

Notre compatriote, M. le docteur Béron, de Sofia, a également contribué à notre travail en nous communiquant une étude sur le sujet qui nous occupe. Nous sommes heureux de lui adresser notre profonde reconnaissance.

De nos compagnons de laboratoire, MM. les docteurs Dupuy et Girou, ainsi que de nos camarades et amis Roussel et G. Thiry, nous garderons le plus affectueux et le plus amical souvenir et nous nous rappellerons toujours de notre agréable séjour de plusieurs années au laboratoire de M. le professeur Macé.

Que notre cher ami, M. Louis Michel, interne des hôpitaux, veuille recevoir ici l'expression de notre profonde amitié et souvenir du bon accueil

qui m'a été offert dans sa charmante famille —
notre vive reconnaissance.

Nous remercions nos amis MM. Feltgen, Scriba
et Hug d'avoir mis à notre disposition leur
connaissance des langues espagnoles, anglaises
et allemandes pour nos traductions.

Enfin, en quittant ce beau pays de France,
que dès mon enfance j'avais rêvé de voir, cette
belle cité de Nancy, nous ne pouvons pas expri-
mer sans une certaine émotion tous nos regrets
avant notre départ. Nous nous souviendrons tou-
jours des nombreux amis que nous y laissons !



CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il est évident que l'origine du chancre de l'amygdale doit dater depuis l'origine de la syphilis, depuis que cette maladie existe et fait ses apparitions, quoiqu'elle était englobée jadis sous différentes dénominations. D'après le livre du D^r Buret, intitulé : « La Syphilis aujourd'hui et chez les anciens », nous avons des arguments sur l'exactitude de ce fait que cette maladie existait chez les plus anciens de nos ancêtres et bien avant la fameuse épidémie européenne au xv^e siècle. Sous différents noms, nous trouvons décrit chez les plus anciens les différentes manifestations périodiques de la syphilis, parmi lesquelles les manifestations primitives extra-génitales.

A la page 76, nous lisons :

— « *Keou-yay-tou* (venin à la bouche et à la gorge). — Il arrive quelquefois, comme accident consécutif d'un chancre, après un temps plus ou moins long, qu'une ulcération se forme sur une des deux glandes qui se trouvent à l'entrée de la gorge (il s'agit évidemment des amygdales) ou bien

sur la membrane qui tapisse le palais près de la gorge, ou enfin dans la gorge, à une certaine profondeur. Cette ulcération est blanche; les bords sont droits, d'un rouge cuivreux (tan-hong[†]); les parties environnantes sont violacées, semblables à de la peau corrompue (py-lan)... L'haleine est brûlante et fétide; la partie ulcérée saigne dès que le malade se met en colère ». Ceci est extrait du *Traité de médecine Hoang-ty-miking* (Traité de médecine de l'empereur Hoang-ty), écrit en 2637 avant Jésus-Christ (?).

« Cet ouvrage (Nuei-King), dit Soubeiran dans la préface du livre de Dabry, est certainement, au point de vue historique de la médecine, le plus curieux qui existe. Comme les livres de médecine furent exceptés de l'édit de proscription de *Tsin-che-houang* (le brûleur de livres), on ne peut douter que la Chine ne possède les plus beaux secrets de l'antiquité. Quels enseignements ne peut-on pas espérer, surtout quand on songe que quarante siècles d'expériences et d'observations ont grossi ce trésor d'une infinité de découvertes transmises religieusement d'âge en âge. » Plus loin il dit qu'à cette époque déjà le mercure était connu par les Chinois.

Cet ouvrage contient tous les documents qui existaient sur cette matière il y a 4526 ans. Les auteurs chinois ont peut-être confondu les syphilides de la bouche avec le chancre, car ils parlent d'ulcérations qui ressemblent comme description au chancre amygdalien.

Les mêmes moyens de contagion existaient alors, aussi nous acceptons la possibilité de l'existence du chancre de l'amygdale à cette époque. Si la syphilis n'a pu attirer l'attention des médecins au moyen âge et s'il n'existe pas d'ouvrages antérieurs traitant ce sujet, cela ne veut nullement dire que la syphilis et ses localisations primitives sur les amygdales n'existaient pas à cette dernière époque.

Les livres religieux des Hébreux décrivent différentes maladies dont les symptômes ressemblent aux manifestations des diverses périodes de la syphilis. D'autre part, en considérant de nombreux faits de l'histoire des Grecs et des Romains, si bien recueillis dans le livre de M. Buret, au sujet de leurs vices et de leurs débauches, nous avons la conviction de la possibilité de l'existence de la localisation de cette maladie sur les amygdales et de la malignité de cette forme de la syphilis. Nous admettons donc que l'histoire du chancre amygdalien est étroitement lié à l'histoire de la syphilis en général.

C'est à partir du xv^e siècle que l'on trouve la description des accidents primitifs buccaux et amygdaliens. Les premières observations sont dues à Gaspard, Torella, Jacob et Fracastor ; leurs descriptions n'offrent pas toutefois une très grande exactitude. Le premier fait bien précis et bien étudié de chancre buccal est dû à Botal (1560). Brasavola, vers le même temps, vit un certain nombre d'enfants nouveau-nés atteints de chancre des lèvres dû à la contagion par les nourrices. — Depuis, Astruc (1740) et Fabre décrivirent de nom-

breux cas semblables ; pour eux, la contagion buccale venait comme fréquence après la contagion génitale.

Hunter en 1786 à l'encontre de ces faits nie la possibilité de l'infection buccale, opinion qui fut reproduite par tous les auteurs jusqu'en 1859. En effet Velpeau en 1852 se refusait à admettre la possibilité de l'infection amygdalienne tout au moins chez l'homme, car il est impossible d'admettre chez ce dernier que le pus puisse arriver aux amygdales après avoir passé la barrière des lèvres et de la langue.

Rollet en 1859 décrit nettement le chancre amygdalien avec trois variétés : plate, cupuliforme et infundibuliforme. Il admet que l'adénopathie atteint surtout les ganglions parotidiens. Il montra aussi que la syphilis secondaire de la bouche peut se transmettre sous forme de chancre induré. C'est à partir de cette époque que date la description précise du chancre buccal et sa localisation amygdalienne. Avant lui cependant nous devons mentionner Boyer, Lallemand (1845), Rodet, Ricord, le premier mémoire de Fournier (1858). Fournier cite un cas de chancre de l'amygdale.

Martellière dans sa thèse en 1854 admet sous réserve la possibilité du chancre de l'amygdale. Buzenet (thèse 1858) et Nadau des Ilettes expriment des doutes à cet égard.

Mais depuis les travaux de Rollet les observations abondent et nous pouvons mentionner dans cet ordre d'idées les travaux de Diday, de Cullerier (1861) et Ricord.

Peter, en 1866, donne une description dans le « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales » (art. angines).

Viennois (1863), et Dechaux (1867), étudient la syphilis chez les verriers.

Des faits nombreux sont signalés par Lancereaux (1813), Jullien (1879), Mauriac (1883), Legendre (1884). Enfin, une description magistrale du chancre amygdalien ainsi que de tous les chancres extragénitaux est due aux nombreux travaux de M. le professeur Fournier et de ses élèves MM. Spillmann, Feulard, Barthelemy, Morel-Lavallée, ainsi qu'aux études cliniques de M. le professeur Dieulafoy.

A l'étranger, les travaux sur ce sujet ont été aussi fort importants. Citons les noms de Hutchinson, Dunkan-Bulkley, Donaldson, Reynolds (Angleterre et Amérique); Ehrmann, Frœlich, Malm, Margoninner, Rabitch, Sigmund, Vajda (Autriche et Allemagne); Arslan, Celzo-Pelizzari, Ricardi (Italie); Compaired (Espagne); Beloussow, Ecquize, Bogolubow, Pospelow, Szadek, etc. (Russie); Bœck (Suède); etc.

Nous renvoyons d'ailleurs à l'index bibliographique que nous donnons à la fin de cette étude et où nous avons recueilli toutes les publications que nous avons pu rencontrer au cours de nos recherches.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Fréquence : Si l'on consulte les anciennes statistiques, il semble que le chancre de l'amygdale soit très rare. Jusqu'à ce que Mauriac et M. le professeur Fournier en aient attiré l'attention sur la fréquence des chancres buccaux et en aient donné une description qui est devenue classique et s'est répandue dans les milieux médicaux, jusqu'à ce moment on n'en rencontre que de très rares observations dans la littérature médicale. C'est, en effet, dit Mauriac, une lésion plus fréquente qu'on ne le croit, car bien souvent on n'y pense pas. Comme le chancre peut simuler une angine aiguë, simple ou pultacée et même la diphtérie, on peut se croire en présence d'une de ces affections. La lésion guérit au bout d'un certain temps, et lorsque le malade présente des accidents secondaires, il est persuadé que son affection tonsillaire n'a été qu'une maladie banale dans laquelle il ne voit aucune corrélation avec les troubles actuels ; un second médecin consulté à cette occasion ne saura où trouver la porte d'entrée de la syphilis.

En 1878, M. le professeur Spillmann, rapportant une statistique de M. le professeur Fournier, trou-

vait les proportions suivantes : sur 100 chancres syphilitiques, 4 chancres buccaux, et sur 77 de ceux-ci, un chancre de l'amygdale. Cette statistique nous donne les proportions suivantes : chancres amygdaliens 1.29 sur 100 chancres buccaux et environ 0.5 pour 1.000 chancres syphilitiques en général ; Melchior Robert trouve, sur 202 chancres, 25 extra-génitaux et pas un de l'amygdale. Nivet, qui publie la statistique de M. le professeur Fournier, rapporte, sur 581 cas de chancres extra-génitaux, 338 chancres buccaux, dans lesquels il a trouvé 29 chancres amygdaliens, ce qui nous donne une statistique de 8.58 chancres amygdaliens pour 100 chancres buccaux et presque 5 sur 100 extra-génitaux.

Duncan Bulkley observe sur 2.000 chancres 111 extra-génitaux, sur lesquels 15 amygdaliens ; ce qui donne une proportion de 13,5 chancres amygdaliens sur 100 chancres extra-génitaux, et 7,5 sur 1.000 chancres en général.

En 1884, Legendre le considérait comme une rareté. Par contre M. le professeur Dieulafoy dit en observer 3 ou 4 par an dans son service à l'hôpital Necker. Dans ses leçons sur les chancres extra-génitaux publiées 1897, M. Fournier rapporte 642 cas de ces derniers, qui comprennent 484 cas de chancres buccaux sur lesquels existent 44 chancres de l'amygdale. Nous voyons combien la première statistique de M. Fournier s'est augmentée, car dans cette dernière nous trouvons une proportion de 9,19 chancres amygdaliens sur 100 buccaux et 6,23 0/0 chancres extra-génitaux.

Pour lui le chancre amygdalien vient en troisième rang parmi les chancres extra-génitaux, celui des lèvres et celui de la langue formant le plus grand nombre. Boeck qui a surtout observé la contagion familiale, le considère comme le plus fréquent des chancres extra-génitaux. M. Raoult a observé dans sa clientèle quatre de ces chancres amygdaliens en une seule année. Nous insistons donc de nouveau sur cette fréquence qui semble augmenter, fréquence soit due à la contagion plus grande et due aussi certainement à ce que la lésion est mieux connue et plus souvent diagnostiquée.

Sexes. — Il semblerait au premier abord que le chancre de l'amygdale doit être plus fréquent chez la femme que chez l'homme, car théoriquement on se figure que c'est le *coût ab ore* qui en est la cause la plus ordinaire. Comme nous le verrons plus loin, il semble au contraire que cette cause soit relativement rare. Et en effet, si l'on consulte la plupart des statistiques à part celle de Pospelow, les cas de chancres amygdaliens présentent une fréquence plus grande chez l'homme que chez la femme:

Voici la plupart de ces statistiques :

	Hommes	Femmes
Velpeau.....	23	6
Nivet.....	23	6
Bulkley.....	8	7
Ston.....	49	31
Pospelow	14	36
Fournier (moins les cas de Nivet publiés par Veslin et Feulard).....	8	3

Climat. Conditions sociales. — Tout le monde sait combien la syphilis est maligne dans les pays d'Orient, en Russie et dans les pays chauds et nous pouvons dire dans les pays récemment envahis par la syphilis. Par antithèse elle est grave aussi dans les pays où elle devient endémique. Dans les contrées où règne une mauvaise hygiène et où existe une promiscuité dans la vie et dans l'utilisation des ustensiles de ménage, il semble que les chancres buccaux et naturellement amygdaliens soient plus fréquents que partout ailleurs, par exemple dans les campagnes.

Voici, sur le même sujet, les réflexions qui nous sont communiquées par M. le Dr Béron, chargé du service vénériologique à l'hôpital d'Alexandrowo, de Sofia : « En Orient, comme partout d'ailleurs, où la syphilis se manifeste d'une façon endémique, il faudrait distinguer la syphilis chez la population des villes et chez les paysans, car il y a dans les deux cas une différence dans l'évolution, les complications et le pronostic de la maladie. D'après mes observations personnelles je trouve qu'en ville la contagion syphilitique se fait plutôt par voie génitale, tandis que dans les campagnes les accidents primitifs sont plutôt extra-génitaux. Dans ces derniers, la syphilis se manifeste comme une maladie endémique, par l'emploi des objets usuels et communs (comme la vaisselle, verres, cuillères en bois, etc.)

Pospelow mentionne en Russie les mêmes genres de contagion et par suite de la même communauté d'ustensiles dans les familles. Il insiste aussi sur un

facteur important : le froid, qui prédispose aux inflammations amygdaliennes; ce qui ouvre par cela même une porte d'entrée facile pour le virus syphilitique. Il en est de même dans les autres pays de l'abus des boissons très chaudes, par exemple le thé, ainsi que l'emploi immodéré des boissons fortement alcoolisées. Rollet signale aussi la même contagion familiale; il a observé une famille d'ouvriers verriers de six personnes toutes syphilitiques, parmi lesquelles quatre présentaient un chancre de l'amygdale.

Graarund rapporte trois cas de la même lésion dans une famille de Norvège.

Si maintenant nous étudions de plus près les différentes causes de contamination, nous pouvons diviser ces dernières en deux grandes classes : celles dues à la contamination *directe* et celles dues à la contamination *indirecte*. Il nous restera ensuite à rechercher pourquoi l'amygdale se contagionne plus facilement que la muqueuse circonvoisine.

I. *Causes directes*. — Il semblerait au premier abord que les causes directes fussent très fréquentes. Mais si l'on observe attentivement le mécanisme qu'a suivi la contagion, on se rend compte que le plus souvent l'instrument contagionnant (quel qu'il soit, vivant ou inanimé) n'a pas pu pénétrer dans la bouche jusqu'au niveau de l'amygdale elle-même.

Le *coït ab ore* qui théoriquement paraît en médecine la cause type du chancre amygdalien nous

semble devoir être laissé au second plan ; si reprenant notre statistique de la fréquence dans les sexes nous l'appliquons à ce chapitre, nous voyons déjà que le chancre amygdalien est plus rare chez la femme que chez l'homme. Et si de plus nous reprenons l'étiologie mentionnée dans les différents auteurs, nous voyons que cette cause est vraiment rare. Nous ne nous appesantirons pas sur la répugnance que peut offrir un semblable exercice sur un individu présentant des lésions manifestes de syphilis. Nous pouvons citer dans cet ordre d'idées les cas de Ston, Taylor, Pospelow et Compaired.

Il semble que dans certains cas la contagion directe puisse se faire tout au moins chez l'enfant par le moyen de *la cuillère* introduite dans la bouche. Ehrmann insiste sur ce fait, c'est que les bonnes ou les nourrices, lorsqu'elles font manger de la bouillie ou de la soupe aux enfants, introduisent la cuillère dans leur bouche pour se rendre compte de la température de son contenu. A cet effet, la cuillère qui a été déjà contagionnée chez l'enfant syphilitique est placée par elles dans leur propre bouche grande ouverte. Cet ustensile déprime la langue et peut venir en contact d'une amygdale (le plus souvent de l'amygdale gauche parce qu'elle tient la cuillère de la main droite).

Rapprochons des faits signalés par Ehrmann, ceux de Roussel, Frœhlich, Ston.

Ferro a signalé la contagion possible par un pinceau contaminé destiné à faire des badigeonnages sur les amygdales. Nous pouvons rapprocher de ce

fait celui où l'infection était due à un crayon de nitrates d'argent qui fut l'instrument de contagion.

Enfin, on a signalé des cas d'infection directe par le cathétérisme de la trompe d'Eustache (Ed. Fournier, Bucquoy, Vajda, Al. Fournier, Burow, Sewke). — Hardy parle d'un otologiste qui, par ce mécanisme, aurait fait de 30 à 40 victimes. Nous-même avons eu connaissance d'un fait semblable pour un malade qui aurait eu un chancre bi-latéral à la suite d'un cathétérisme double fait par un médecin spécialiste d'une ville éloignée. Ces faits sont heureusement de plus en plus rares, car la plupart des otologistes prennent aujourd'hui de grandes précautions d'asepsie pour cette manœuvre qui, bénigne, pourrait devenir dangereuse dans certaines circonstances.

II. *Causes indirectes.* — Celles-ci sont multiples et de nature très diverses. Dans tous les cas le transport du virus syphilitique se fait sans aucun doute par le moyen de la salive ; celle-ci, au moment de la déglutition, l'entraîne à la surface de l'amygdale.

C'est ainsi que chez le *nourrisson* c'est par ce véhicule que se fait le contagement de la mamelle de la nourrice infectée à l'amygdale de l'enfant.

Le *baiser* est de beaucoup la plus fréquente des circonstances de contamination ; soit le baiser le plus innocent d'une grand'mère à son petit-fils (Ehrmann), soit le baiser voluptueux avec toutes ses variétés (baisers sur les lèvres, sur le mamelon, etc.).

Nous devons ajouter que c'est là un mode d'infection fréquemment observé et dû à des individus se sachant syphilitiques et ayant ce préjugé si répandu dans le peuple que, pour se débarrasser de la vérole, il faut la communiquer par contact à un sujet vierge.

Comme fréquence viennent ensuite les cas de contagion par les *ustensiles domestiques* (verres, tasses, cuillers, etc.). La plupart des auteurs en citent des observations.

Nous devons rapprocher de ces faits ceux où l'instrument contaminateur a été le biberon d'un enfant syphilitique. C'était en général une parente ou la grand'mère qui, goûtant le lait de leur enfant à la tétine, antérieurement contagionnée, a été la victime de l'infection (Spillmann, Legendre, Celzo-Pelizzari, Gross).

Nous devons encore signaler quelques faits rares se rapprochant des précédents, c'est-à-dire contagion par une *brosse à dent* (Haslund), par de la *poudre dentifrice* (Knight).

Rollet, Diday et Guinaud ont montré la contagion fréquente de la syphilis chez les verriers par l'intermédiaire de la canne destinée à souffler le verre. Ils ont souvent observé chez ces individus des chancres d'amygdale. On sait, en effet (Guinaud), que la même canne est utilisée par trois ouvriers différents, formant l'équipe, avant que la pièce soit terminée.

Enfin, des ustensiles peuvent être utilisés par plusieurs individus et transmettre ainsi l'infection, tels sont les crayons (Morel-Lavallée), porte-plumes,

coupe-papier, pipes (Bulkley et Cartaz). On pourrait admettre aussi que ces objets ont été introduits profondément dans la bouche et ont été des agents directs d'infection. Pospelow signale ce fait, qu'en Russie, il est d'usage que la maîtresse de la maison offre à ses invités des cigarettes qu'elle a allumées elle-même. C'est là une cause fréquente du transport de la syphilis spéciale à certaines classes.

Wigelsworth a rapporté l'observation d'un étudiant en médecine contagionné par un nouveau-né syphilitique auquel il avait fait l'*insufflation bouche à bouche*.

Il est un mode de contagion bien curieux, signalé par Kédotoff, c'est le fait de l'infection de l'opérateur par le nouveau-né dans la *circumcision mores judaïco*. Le rite prescrit, en effet, à cet opérateur la succion de la plaie préputiale pour arrêter l'hémorrhagie. On conçoit qu'un petit syphilitique héréditaire puisse ainsi transmettre sa maladie et produire toute une épidémie.

Bulkley divise les différentes causes non vénériennes de la syphilis en trois grandes classes :

1° *Syphilis économique*, (ustensiles de ménage, pipes, objets de toilette, canne des verriers, etc., etc. ;

2° *Syphilis bléphotrophique*, contamination de la nourrice au nourrisson et vice versa ;

3° *Syphilis médicale et chirurgicale*, le médecin peut être soit la victime, soit le contamineur, soit l'intermédiaire ; sous le nom de médecin, il comprend tous ceux qui s'occupent de soigner les malades d'une façon légale ou illégale.

Causes de réceptivité de l'amygdale. — Il faut nous rendre compte des conditions nombreuses qui favorisent le contact de l'amygdale par le virus syphilitique. En premier lieu, comme nous l'avons déjà vu, ce virus véhiculé par la salive se trouve entraîné en arrière par des mouvements de déglutition et il rencontre au niveau des amygdales des lacunes où il s'arrête facilement. De plus, la tonsille souvent malade antérieurement, présente des anfractuosités, une muqueuse altérée, souvent des érosions où l'inoculation se fera rapidement. Toute irritation locale sera donc une cause prédisposante à cette contamination, que ce soit le froid, l'abus des boissons chaudes, l'alcool, le tabac.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Nous commencerons la description du chancre amygdalien chez l'adulte et nous reviendrons postérieurement sur la marche de cette affection chez l'enfant.

Chancre de l'amygdale chez l'adulte. — Début. —
Le début du chancre de l'amygdale est la plupart du temps ignoré du malade ; aussi est-il rare de le voir évoluer avant qu'il ait atteint ses caractères complets. En effet, la plupart du temps, le patient ne vient consulter le médecin que lorsque depuis quelques jours il souffre de la gorge. Il ne pensait, jusque-là, être atteint que d'une angine légère, d'un « petit mal de gorge », ne songeant même pas que la syphilis peut débiter dans ce siège. La gêne qui, primitivement, était très légère, s'est accusée de plus en plus pour arriver à provoquer une presque impossibilité de déglutir, pendant que la voix devenait nasonnée. Ce qui préoccupe, en effet, le malade, ce sont cette douleur, en avalant les aliments, et en même temps la fatigue, la courbature et souvent un véritable état fébrile.

Ces symptômes légers peuvent persister sans devenir sérieux et avec les mêmes caractères qu'au début durant la période d'état. Mais dans la plupart des cas et la plupart des auteurs qui ont observé des chancres de l'amygdale, insistent sur ce fait : les signes fonctionnels et les symptômes généraux prennent un aspect de gravité relative, comme nous allons le voir dans le paragraphe suivant.

Période d'état. — Lorsque le malade vient consulter le médecin, il se présente avec un faciès pâle, une mauvaise mine, les traits tirés ; il se plaint de fatigue, de vertiges. Si l'on regarde avec un peu plus d'attention, on s'aperçoit que d'un des côtés du cou, rarement des deux côtés, existe un gonflement, une saillie qui donne un peu l'aspect du cou proconsulaire.

Symptômes locaux. — Nous décrirons en premier lieu la forme la plus fréquente du chancre amygdalien, la forme *érosive, unilatérale* et de *l'amygdale* proprement dite, que nous prendrons comme type. Sur l'une des amygdales, le plus souvent la gauche, existe une perte de substance en coup d'ongle ordinairement de forme générale arrondie ou ovalaire. Cette lésion a environ les dimensions de l'ongle du pouce, parfois davantage : 2 centimètres et même 2 centim. 1/2 de diamètre (3 centim. 1/2 dans un cas de Mauriac). Les bords sont nettement arrêtés, quoique peu profonds. Le fond est dans la majorité des cas rouge vif, parfois il prend une teinte opalescente comme s'il était couvert d'une légère fausse

membrane; en effet, on peut, dans ces cas, enlever avec le tampon de coton des débris de tissus mortifié peu épais. Ce fond est d'un aspect général lisse et néanmoins on y aperçoit des anfractuosités qui ne sont autre chose que l'orifice des cryptes amygdaliennes sous-jacentes. Il semblerait en somme que l'on a donné à l'amygdale un coup de rasoir superficiel et qu'on a enduit cette plaie d'un corps gras luisant.

Autour de l'érosion l'amygdale est gonflée, rouge, souvent même d'un rouge vineux, et forme même parfois un bourrelet. Chez les malades dont les tonsilles sont en temps ordinaire hypertrophiées, l'organe du côté malade fait une énorme saillie qui obstrue en grande partie l'extrémité du gosier et va jusqu'à toucher celui de l'autre côté. Cette hypertrophie peut se localiser au point d'implantation du chancre et former une sorte de saillie-tronc conique, dont le sommet aplati est occupé par le chancre (cas d'Ehrmann, obs. XLI). Chez les patients dont les amygdales sont petites et normalement cachées derrière les piliers antérieurs, on voit l'organe malade faire une saillie plus ou moins volumineuse et repousser en dehors les piliers antérieurs correspondants. Chez ceux, dont les amygdales présentent des adhérences avec les piliers, il se fait une ampliation d'avant en arrière de la logette amygdalienne. Le pilier antérieur rouge, enflammé et tendu en avant de la tonsille tuméfiée et la face interne de celle-ci au lieu de présenter une large surface convexe comme dans les cas précédents montre une

surface plutôt plane mais irrégulière avec des petites saillies mamelonnées.

Dans tous les cas, en même temps que le gonflement et l'inflammation amygdalienne existent, les piliers participent à ce processus, ils sont rongés vifs et parfois restent œdématiés. La lutte enflammée, de même que les piliers, se trouve repoussée de l'autre côté et parfois chevauche en avant du pilier antérieur de ce côté opposé. Dans bien des cas l'autre amygdale s'enflamme, mais ne présente jamais au même degré la tuméfaction et l'intensité de teinte de la tonsille malade. Nous devons néanmoins faire remarquer combien les *faucès* sont obstruées par ces deux organes tuméfiés.

En présence de ces symptômes, pour guider le diagnostic du chancre amygdalien, il est bon de pratiquer le toucher de l'organe malade.

Ce toucher peut être fait de deux façons, soit qu'on emploie le mode unidigital, ou bien le mode bidigital (Legendre). Pour le premier, on introduit l'index du même côté (indexe gauche pour amygdale gauche et vice versa), et sans trop appuyer sur l'amygdale on perçoit la surface dure et résistante du chancre. La méthode bidigitale a sur la précédente l'avantage de fournir un plan extérieur résistant qui fait mieux percevoir la sensation de dureté. En palpant extérieurement la région de l'amygdale malade et en portant intérieurement sur la glande l'index de l'autre main, on sent une masse dure, ligneuse, immobilisée dans une atmosphère de tissu cellulaire infiltré (Legendre). En

effet, non seulement le point où siège le chancre seul est induré mais encore l'amygdale toute entière donne cette sensation.

Le chancre amygdalien est toujours accompagné d'une *adénopathie spéciale*. Du côté où siège le chancre on aperçoit à l'inspection simple une tuméfaction souvent énorme, repoussant en dehors et en arrière le sterno-mastoïdien qui semble tendu et même parfois la tête est un peu inclinée de ce côté. Cette tuméfaction même souvent ne paraît pas d'un seul bloc, elle est bossuée surtout en un point. A la palpation on sent les ganglions engorgés depuis la région parotidienne jusque vers le milieu du cou et même quelquefois un peu plus bas. Mais ces ganglions ne participent pas tous également à cet état de gonflement. Au milieu de cette grappe il existe toujours un ganglion plus volumineux que les autres et qui répond ordinairement à l'angle de la mâchoire inférieure correspondante.

Parfois ce ganglion plus saillant siège au niveau de la grande corne de l'os hyoïde et sur les côtés du cartilage thyroïde.

Cette adénopathie présente dans son ensemble certaines variétés de volume. Il existe, d'après Diday, des formes avec adénopathies minimes et des fois à grosses adénopathies.

On a observé en dehors de l'adénopathie parotidienne et cervicale un engorgement des ganglions hyoïdens ainsi que retro-sternales (Ehrmann). Ce gonflement ganglionnaire est indolent à la palpation, excepté, comme nous le verrons plus loin, dans

les cas où se font des infections secondaires à la surface du chancre. Alors peut apparaître une véritable réaction phlegmoneuse ; les ganglions deviennent plus volumineux et, dans certains cas, s'entourent d'une gangue inflammatoire, formée par le tissu cellulaire, environnant de telle façon que tous les ganglions enflammés se trouvent pris dans une seule masse dans laquelle on ne peut que difficilement les isoler les uns des autres (Fournier).

Symptômes fonctionnels. — Comme nous l'avons déjà vu plus haut, le chancre amygdalien s'accompagne d'une gêne de la déglutition, de la phonation et de douleurs plus ou moins marquées dans la gorge.

La déglutition est difficile par suite de l'obstacle mécanique apporté, d'une part, par l'hypertrophie amygdalienne et, d'autre part, par la rigidité ou de l'inertie des piliers et du voile repoussé par la tonsille et enflammé. En outre, la tension des tissus provoque souvent une douleur très vive, parfois atroce, dit Mauriac, au moment où le patient fait le mouvement pour avaler, de telle façon qu'il ne peut avaler ni aucun solide, ni même aucun liquide. De plus, par suite de la rigidité de l'isthme du gosier et de l'impossibilité des mouvements normaux de déglutition, le liquide reflue en partie vers le nez ou bien provoque des quintes de toux spasmodique.

L'obstruction de l'isthme du gosier entraîne aussi dans certains cas une très grande difficulté de la respiration et même une impossibilité de respira-

tion par la bouche, et le malade est obligé de rester la bouche ouverte et ne respire que difficilement par ce moyen.

La langue se recouvre d'un enduit sabural et l'haleine devient souvent fétide. La dysphagie s'accompagne aussi d'anorexie absolue.

La salive, qui ne peut être déglutie, s'écoule par les lèvres entr'ouvertes.

La douleur, siégeant dans la gorge, s'irradie dans tout le pharynx et surtout vers l'oreille correspondante.

La voix est aussi modifiée dans son timbre; elle ressemble beaucoup à celle que l'on observe dans les cas de phlegmon d'amygdale (Legendre).

Symptômes généraux. — Nous avons exposé précédemment le mauvais état général qui accompagne l'apparition des symptômes fonctionnels, c'est-à-dire le malaise, la courbature, les vertiges qu'accuse le malade, ainsi que l'aspect fatigué, la mauvaise mine, les traits tirés qui frappent les médecins au premier examen. En même temps on observe une élévation de la température, entre 38 et 39° à forme continue, ou revenant par poussées. Il semble que ce soit dans le chancre de l'amygdale ainsi que dans les autres formes de chancre extra-génitaux que l'on observe assez fréquemment l'*anémie syphilitique primitive*.

Par suite de l'absence de nutrition, les malades maigrissent rapidement, pâlissent, ils deviennent nerveux, irascibles, et présentent souvent des troubles de neurasthénie accusée. La *céphalalgie* du

début de la syphilis accrue des douleurs de gorge et d'oreille ne leur laissent pas de cesse et empêchent tout sommeil.

Marche, évolution. — Le chancre érosif laissé à lui-même dure en moyenne cinq à six semaines, mais, parfois cependant, jusque deux mois (Legendre). Cette longue durée viendrait en opposition de l'opinion de Diday qui prétend que le chancre buccal aurait une durée raccourcie par suite de la chaleur de la bouche. Lorsque la réparation se fait, on voit le chancre se déterger ; s'il existe à sa surface une pellicule pseudo-membraneuse, on voit celle-ci tomber. Lorsque le chancre est rouge, il prend peu à peu un teint rosé et offre l'aspect d'une plaie simple. Peu à peu l'épidermisation se refait à sa surface, de la périphérie vers le centre.

Mais l'induration survit assez longtemps au chancre ; elle s'amointrit comme étendue et la dureté diminue, mais il reste un noyau plus ou moins résistant qui ne finit par disparaître ordinairement qu'au bout de plusieurs mois, parfois même un an. Il est des cas où les accidents secondaires apparus dans la bouche se guérissent avant que l'accident primitif n'ait complètement disparu (Obs. Mauriac).

Le tissu amygdalien perd peu à peu ses caractères congestifs et revient presque à l'état normal, néanmoins il persiste souvent pendant quelque temps une certaine hypertrophie plus ou moins marquée à la tonsille.

L'adénopathie reste aussi perceptible assez long-

temps ; à peu près comme l'induration du chancre au moyen de trois à quatre mois. Au fur et à mesure que la cicatrisation de l'accident primitif se fait, les phénomènes douloureux, les troubles dysphagiques s'améliorent, à moins que ne surviennent dans la bouche des accidents secondaires intenses, qui à leur tour engendrent les mêmes phénomènes.

Les symptômes généraux persistent plus ou moins longtemps en raison de l'infection générale du malade, de la gravité ordinaire des chancres buccaux et aussi des facteurs de gravité qui peuvent venir se surajouter.

Nous devons ajouter que tous ces phénomènes présentent une durée abrégée lorsqu'un traitement énergique est appliqué.

Formes. — Nous venons de décrire la forme *érosive*, c'est-à-dire la forme la plus fréquente et la plus simple du chancre de l'amygdale. C'est aussi la forme la plus typique et qui prête le moins à l'erreur et pour le diagnostic. Mais, comme l'a dit M. le professeur Fournier, le chancre de l'amygdale est un véritable *Protée*. Tous les auteurs ont insisté sur les nombreuses apparences qu'il peut revêtir. Il peut simuler une angine phlegmoneuse, une angine diphtérique, l'amygdalite ulcéro-membraneuse, la gomme de l'amygdale, l'épithélioma, etc.

M. le professeur Fournier décrit trois formes principales : *érosive*, *ulcéreuse* et *angineuse*. Il cite en outre deux variétés rares : variété *diphtéroïde* et variété *sphacélique gangréneuse*.

M. le professeur Dieulafoy reconnaît cinq formes : le chancre *plat*, le chancre *diphthéroïde*, le chancre *gangréneux*, le chancre *gommeux*, le chancre *épithéliomateux*.

Legendre pense qu'il ne faut voir dans ces différents aspects, que peut présenter le chancre syphilitique, que des étapes différentes de son évolution, variant avec le moment auquel on l'examine.

Ce n'est pas, en effet, seulement d'après l'apparence objective, la profondeur de l'ulcération, les dimensions de la lésion, le gonflement de l'organe, que l'on peut faire le diagnostic. Il faut surtout se baser sur l'induration, l'adénopathie caractéristique et l'apparition des lésions secondaires. Avec Raoult, nous proposerons, en nous basant sur les signes locaux, la classification suivante :

1^o Variétés dues à l'*aspect* du chancre lui-même :

- a) sans infection surajoutée, *f. érosive*,
f. ulcéreuse ;
- b) avec infection surajoutée, *f. diphthéroïde*,
f. gangréneuse ;

2^o Variétés dues au *gonflement* et à l'*inflammation* des *tissus voisins* :

- forme angineuse* ;
- forme épithéliomateuse* ;
- forme gommeuse*.

3^o Variétés tenant au *siège* du chancre :

- a) chancre de l'*amygdale proprement dite* présentant deux sous-variétés, le chancre de la *surface* et le chancre *intraamygdalien* ;
- b) chancre des *pilliers du palais* ;
- c) chancre *double*.

Forme érosive. — C'est celle que nous avons décrite plus haut et que nous avons prise comme type du chancre de l'amygdale. Nous aurions voulu donner une statistique exacte de cette fréquence, mais dans beaucoup d'observations que nous avons trouvé dans la littérature médicale, la forme objective n'est pas mentionnée. Il y a tout lieu de supposer que dans tous ces cas c'est à la forme érosive ordinaire qu'on a à faire.

Forme ulcéreuse. — Le chancre amygdalien peut être ulcéreux d'emblée, ou bien d'autres fois l'érosion primitive se creuse et aboutit à une ulcération. Cette forme ulcéreuse présente un début en général plus rapidement douloureux que la précédente, et la dysphagie est plus intense. La douleur néanmoins silencieuse tout à fait au début s'établit progressivement pour arriver à son summum. Les bords de l'ulcération sont moins réguliers et le fond présente des anfractuosités beaucoup plus accusées. Dans les cas fortement ulcérés (*cratériformes*, suivant l'expression de Barthelemy), les bords sont taillés à pic, irréguliers, le fond est ulcéré et semble entamer, fouiller le parenchyme de l'organe (Fournier). Ce fond est rouge foncé sur lequel on voit parfois un pointillé blanc. Dans certains cas l'ulcération se recouvre d'une fausse membrane et prend la forme diphtéroïde que nous allons étudier consécutivement.

Autour de l'ulcération l'amygdale est toujours très accusée et le bourrelet est toujours plus accusé

que dans la forme érosive. Il va sans dire que la lésion est accompagnée de tous les autres signes locaux, fonctionnels et généraux, mentionnés plus haut. La douleur, l'anorexie et l'anémie qui en résultent sont ordinairement aussi plus accusées que dans la forme précédente. La réparation de l'ulcération est plus lente à se faire; il reste souvent une petite cicatrice blanchâtre, scléreuse au niveau de laquelle l'induration persiste longtemps.

Forme diphtéroïde. — Il semble d'après les recherches de Bourges, Hudelo et Battier que cette forme soit due à une infection secondaire de l'ulcération chancreuse, soit par des microbes venus du dehors soit par ceux qui sont les hôtes habituels de la bouche et dont la virulence a été excitée par l'infection syphilitique. Dans ce cas on voit, dit Fournier, un exsudat pseudo-membraneux, rappelant l'aspect des angines blanches, se développer et recouvrir toute l'étendue du chancre. La fausse membrane adhère profondément dans la partie centrale et sur les bords aux tissus sous-jacents et se détache difficilement soit au moyen d'un pinceau, soit à l'aide d'une spatule. Cet enduit est plutôt couenneux que pultacé; il est épais, consistant, tenace, formé d'une sorte de pellicule grisâtre, cendré. Dans cette forme l'inflammation amygdalienne est très marquée et l'adénopathie est le plus souvent accompagnée d'infiltration du tissu conjonctif périganglionnaire. Il en résulte une masse où l'on peut difficilement isoler les ganglions infiltrés. Cette

adénopathie présente aussi souvent une certaine sensibilité à la pression. La température est ordinairement assez élevée et atteint parfois jusqu'à 39°. L'état général est d'autant plus mauvais qu'il existe une affection secondaire venant se surajouter à l'infection syphilitique.

Forme gangréneuse. — Cette forme est très rare ; elle n'est en somme qu'une complication de la forme précédente. Nous en connaissons surtout deux observations typiques, signalées par Mauriac et par Legendre. Dans ces cas, la fausse membrane devient grisâtre et même noire ; peu à peu, à son pourtour, se produit un sillon d'élimination rempli de pus sanieux et au moyen d'un tampon ou d'une pince, on parvient à enlever des lambeaux sphacelés ; peu à peu, l'ulcération se déterge, mais reste profonde et anfractueuse, puis elle devient bourgeonnante. L'amygdale, au voisinage, est très violemment congestionnée et d'un rouge foncé. L'haleine est très fétide et exhale une odeur gangréneuse. La salivation est abondante. Dans le cas de Mauriac, la douleur et les autres troubles fonctionnels étaient très accusés, tandis que le malade de Legendre souffrait peu de la gorge. Chez ce dernier aussi, il n'y avait pas d'élévation de la température. On conçoit que dans un cas semblable, le diagnostic soit difficile avec une angine grangréneuse proprement dite. Il n'y a que l'adénopathie et plus tard l'apparition de la roséole qui puisse éclairer l'esprit du clinicien. Nous verrons, dans l'étude bactériologique, que l'on

avait rencontré parfois dans le chancre amygdalien la présence des bacilles fusiformes de Vincent ; nous n'avons pas de renseignements sur les caractères objectifs de la lésion, mais on peut supposer que ce microorganisme, qui a d'ordinaire une action sphacélique, puisse manifester cette affinité spéciale lorsqu'il vient infecter secondairement un chancre syphilitique.

Forme angineuse. — Parfois les symptômes fonctionnels et généraux se manifestent dès le début de l'apparition du chancre avec une telle intensité qu'ils peuvent faire penser à une amygdalite aiguë. Dans ces cas, en effet, les signes qui priment tout l'ensemble clinique, ce sont la douleur de la gorge avec irradiation du côté de l'oreille, la dysphagie, l'état fébrile et la courbature. Si l'on vient à examiner la gorge, on aperçoit une amygdale très volumineuse, dont le gonflement périphérique peut masquer la lésion chancreuse et empêcher le diagnostic. Ce gonflement peut donner parfois à la tonsille un volume égal à celui d'un œuf de poule (Morel-Lavallée), de cette hypertrophie découlent tous les signes fonctionnels décrits précédemment.

Si l'amygdale est adhérente au pilier antérieur, cette expansion se trouve masquée par ce dernier et l'on peut se croire en présence d'un début de phlegmon périamygdalien.

Citons enfin comme forme angineuse la variété diphtéroïde dont nous avons parlé plus haut et qui peut simuler soit une angine diphtérique (cas de

Dieulafoy), soit une amygdalite ulcéro-membraneuse.

Forme épithéliomateuse. — Le gonflement amygdalien peut dans certains cas devenir extrêmement volumineux, les cryptes à la surface de l'organe semblent béantes et profondes ; en même temps l'ulcération peut être très irrégulière, cratériforme, plus ou moins bourgeonnante. Devant ce tableau il y a place pour une hésitation du diagnostic vers l'épithélioma de l'amygdale et même l'hypertrophie ganglionnaire peut en imposer et inciter encore à cette erreur. Les plus habiles cliniciens, dit Dieulafoy, s'y sont trompés. Il ne faut pas oublier que dans le chancre l'adénopathie est plus précoce que dans le cancer et que la marche de l'affection est toute différente.

Forme gommeuse. — L'hypertrophie tonsillaire qui accompagne le chancre a pu être prise pour une gomme syphilitique comme dans les cas cités par Dieulafoy et Mauriac. Mais dans le cas de chancre on trouve par contre l'adénopathie multiple à gros ganglion unique que ne possède pas la gomme. L'apparition des accidents secondaires enlève toute hésitation à ce sujet.

Chancre de l'amygdale proprement dite. — Nous ne reviendrons pas sur la description que nous avons donnée plus haut et qui concerne le chancre de la surface. Mais, Arslan cite un cas où l'aspect de l'amygdale enflammée simulait une amygdalite

pultacée aiguë, des cryptes s'échappait un liquide purulent blanc-grisâtre et cet auteur crut avoir affaire, au premier examen, à des abcès crypteux de la tonsille. Mais, après avoir dilacéré le tissu compris entre les orifices crypteux, et morcelé une portion de ce tissu, il se trouva en présence d'une ulcération excavée, indurée, recouverte d'un enduit pultacé et la marche de l'affection lui donna la clef du diagnostic.

Chancre des piliers. — Ces chancres sont beaucoup plus rares que ceux de l'amygdale. Parmi les observations que nous avons compulsées nous n'avons rencontré que 5 cas ; quatre concernaient le pilier antérieur et un seul le pilier postérieur (cas de Merklen). Brousse signale une observation dans laquelle le chancre atteignait à la fois le pilier antérieur et l'amygdale. Cet auteur se base sur ce fait unique pour faire un chapitre à part de ce qu'il appelle le *chancre à localisation mixte*. Cette rareté du chancre des piliers nous paraît explicable par ce fait que l'amygdale par suite des nombreuses cavités normales qu'elle présente, cavités qui sont souvent enflammées et desquamées, offrent une plus grande surface d'absorption et d'inoculation au virus syphilitique.

Chancre bi-latéral. — Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale que 13 cas de chancres bilatéraux (sur 156). Ils sont dus à Pospelow (9), Jullien, Morel, Compaired et Rizat. Nous en citons deux

observations inédites qui nous sont obligeamment communiquées par M. le docteur Raoult.

Il va sans dire que le chancre bilatéral présente les mêmes caractères que plus haut (variant avec la forme) sur chacune des amygdales. Chaque tonsille ainsi que les piliers adjacents deviennent extrêmement volumineux et très congestionnés. Il s'en suit une gêne d'autant plus grande pour la déglutition, et pour la phonation. La douleur de la gorge et les irradiations vers les oreilles vont de pair avec cette gêne.

L'adénopathie, on le conçoit, se présente de chaque côté du cou avec les mêmes caractères connus, et le malade se présente avec une ampliation ordinairement très volumineuse de chaque côté du cou.

En se basant sur l'état général : malaise, courbature, amaigrissement, anémie et la gravité accompagnant la marche ultérieure de la syphilis, on pourrait constituer une forme maligne du chancre amygdalien. Mais il nous semble que cette malignité est plutôt sous la dépendance du terrain, de l'intensité de l'infection et les facteurs de gravité extérieurs à l'individu ; d'autre part cette évolution grave quoique fréquente dans le chancre amygdalien ne lui appartient pas en propre.

Nous devons à ce propos dire quelques mots de l'*anémie syphilitique*, bien étudiée dans la thèse récente de M. Jacques Monod.

M. Fournier décrit trois types d'anémie syphilitique :

1° *Type anémique simple.* — Il s'observe surtout dans les premiers temps de l'infection, et spécialement chez les sujets jeunes, blonds, délicats. Il est notablement plus fréquent dans le sexe féminin. Les symptômes qui la caractérisent sont : la décoloration de la peau et des muqueuses, l'alanguissement général, l'expression fatiguée de la physionomie, un amaigrissement léger, la lassitude habituelle, une capacité moindre pour le travail physique et intellectuel, l'essoufflement et les palpitations faciles, quelquefois, non pas toujours, les signes stéthoscopiques des anémies banales (Fournier).

2° *Type asthénique ou nerveux.* — Langueur de tout l'être avec perte des forces, affaissement général de l'organisme, tendance à un nervosisme vague et à des troubles nerveux des plus variés. Ce type existe spécialement chez la jeune femme. Malaise physique se traduisant par une sorte d'affaissement, de besoin de repos ; faiblesse musculaire, asthénie de l'activité intellectuelle. L'appétit est diminué, les digestions se font lentement, souvent de la constipation par inertie intestinale. Le pouls est mou, dyspnée, paresse des sens, sueurs locales, algidités périphériques (Fournier).

3° *Type cachectique.* — Celui-ci est le plus grave de tous, parce qu'il intéresse la nutrition. Les symptômes sont : l'amaigrissement, la perte de poids proportionnelle, la diminution des forces, modification des traits et de la physionomie, alanguissement général, atonie fonctionnelle des principaux

systèmes organiques; diminution des règles, voire aménorrhée, chute des cheveux, etc.

Dans tous ces cas on constate encore que les appareils hématopoïétiques sont pris, comme le prouvent la tuméfaction des ganglions, l'hypertrophie des amygdales (Fournier).

Le début de l'anémie syphilitique précéderait l'apparition de la roséole d'après certains auteurs; d'après d'autres elle coïnciderait.

Tous les types d'anémie qui ont été décrits plus haut peuvent exister chez les enfants en puissance de syphilis active, héréditaire ou acquise. Elle peut être très grave chez le nourrisson (Monod).

Cette anémie est influencée d'une manière particulière par le traitement mercuriel.

Chancre amygdalien chez l'enfant. — L'affection est bien souvent méconnue, et c'est surtout chez l'enfant que le chancre sera pris pour une affection banale de l'amygdale, car, comme le dit M. le professeur Fournier, « la syphilis de l'enfant est une surprise; les familles ignorent souvent jusqu'au nom même de cette maladie. La syphilis de l'enfant est en général bénigne, et on met les éruptions consécutives secondaires ou tertiaires sur le compte de toute autre affection. Les lésions tertiaires se présentent dépourvues de tout cachet vénérien et se confondent le plus souvent avec l'apparition des troubles scrofuleux (la vérole tertiaire a la mine honnête, dit Ricord). »

Ce sera donc bien souvent un diagnostic rétros-

pectif que le médecin aura à faire, et c'est sur la présence des restes de l'adénopathie qu'il se basera pour ce faire. S'il arrive à temps pour constater encore la présence de la lésion primitive, il trouvera les mêmes caractères que chez l'adulte, peut-être atténués, mais il faut dire combien cet examen est difficile chez l'enfant et combien les mouvements du pharynx empêchent de bien apercevoir l'amygdale. Il débute, d'après Ricord, par une papule rougeâtre un peu surélevée qui fait place rapidement à une ulcération, celle-ci ne dépasse jamais la largeur d'une pièce de vingt centimes. Les symptômes généraux et fonctionnels sont en général assez bénins chez l'enfant, car la syphilis infantile acquise ne commence en général à présenter des phénomènes sérieux qu'au moment où apparaissent les accidents tertiaires.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Comme l'a démontré M. le professeur Fournier, les chancres extra-génitaux ont un pronostic souvent plus grave que les chancres génitaux, et parmi les premiers, le chancre de l'amygdale semble être particulièrement sérieux. Ceci se comprend d'autant plus que bien souvent il s'accompagne de douleurs de la gorge très intenses, accompagnées d'irradiations dans les oreilles et parfois dans toute la tête. Ces douleurs, accompagnées d'impotence fonctionnelle due à la tuméfaction des tissus, entraîne une dysphagie très marquée, de l'infection buccale et par là même des troubles graves de la nutrition, amaigrissement, anémie, parfois diarrhée.

Les troubles locaux sont d'autant plus exagérés que la lésion est plus profonde, comme, par exemple, dans la forme ulcéreuse et aussi lorsque viennent se surajouter des infections secondaires, comme dans la forme diphtéroïde et la forme gangréneuse. Il va sans dire aussi que lorsqu'il existe un chancre bilatéral l'impotence fonctionnelle de la gorge se trouve exagérée. Il semble, d'autre part, que la

lésion initiale de l'amygdale, avec tous les troubles inflammatoires qu'elle entraîne du côté de la gorge, soit une excitation à l'apparition consécutive de nombreuses syphilides secondaires de la même région. Pour quelques auteurs même le chancre de l'amygdale pourrait être un appel à la production de lésions tertiaires au niveau de cet organe, dans les cas de syphilis grave.

Fournier et Baudouin admettent que l'absorption du virus syphilitique au niveau du lymphoïde amygdalien se fait d'une façon plus considérable qu'au niveau de la peau ou des muqueuses et que son infection en est aggravée.

Nous devons aussi considérer à propos du sujet qui nous occupe un certain nombre de facteurs de gravité qui lui sont plus particuliers. Ainsi, localement, nous trouvons le tabagisme, l'absorption d'alcool, de liqueurs fortes, de boissons très chaudes, de mets épicés, toutes les inflammations antérieures de l'amygdale, les amygdalites à répétition, le mauvais état de la bouche et des dents, etc.

D'une façon générale un grand nombre de causes viennent aggraver la maladie; telles sont le froid, la scrofulo-tuberculose agissant sur tous les organes lymphoïdes, l'encombrement et la mauvaise hygiène dans les familles où nous avons vu que le chancre amygdalien est fréquent, l'âge assez avancé d'un assez grand nombre de malades, grands-parents, élevant les enfants syphilitiques. Nous ne nous appesantirons pas ici sur tous les autres facteurs de gravité communs à toute syphilis quelle qu'en soit

l'origine. Nous pouvons ajouter que bien souvent le chancre amygdalien étant ignoré, en tant que lésion syphilitique, reste souvent non soigné et par là même les accidents consécutifs seront d'autant plus graves et d'une durée plus longue.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après M. Cornil, on trouve sur les coupes de la perte de substance du chancre les lésions suivantes : au niveau des papilles, donc au-dessous de l'exsudat qui recouvre le chancre, existe une substance granuleuse et semi-liquide, contenant un grand nombre de cellules lymphatiques. L'infiltration embryonnaire envahit profondément le tissu conjonctif sous-jacent et parfois les parois des vaisseaux sont épaissies jusqu'à trois millimètres au-dessous des papilles. Plus la lésion est ulcération, plus l'inflammation et l'émigration des cellules lymphatiques sont profondes ; le revêtement épithélial peut alors disparaître (Cornil et Mauriac). La lésion serait donc due comme nous l'avons vu à une exsudation hors des vaisseaux et à la pénétration des cellules lymphatiques migratrices dans les couches épithéliales qui se nécrosent, en formant un exsudat pseudo-membraneux.

Cette fausse membrane plus ou moins épaisse, présente d'après Cornil la même texture que celle de la fausse membrane de la diphtérie. Elle est formée de trois couches : 1^o couche superficielle for-

mée de cellules cornées, aplaties en voie d'atrophie et de fines spores d'algues microscopiques, arrondies et qui font saillie à la surface de la membrane; 2° une couche moyenne composée d'un reticulum, des fibrilles fibrineuses logeant dans leurs intervalles des globules de pus, des fibrilles rameuses enchevêtrées, ainsi que des cellules épithéliales dégénérées; 3° une couche granuleuse qui se confond avec celles que nous avons mentionnées à la surface de la perte de substance.

Bourges et Hudelo, ainsi que Battier, ont examiné au point de vue bactériologique les fausses membranes du chancre diphtéroïde. Sur des frottis ils ont trouvé des cocci ovoïdes isolés, et des bacilles de la forme et de la longueur de bacilles de Koch, plus larges que ces derniers dans un cas. Les cultures ont donné naissance à des streptocoques, des staphylocoques, des gros cocci, du *bacterium coli*, à un bacille analogue à ce dernier, mais différent par ses caractères de culture; à un bacille immobile en navette rappelant un peu le bacille d'Eberth; à un bacille polymorphe.

G. Thiry, dans trois cas de chancre d'amygdale, observés par Raoult, a trouvé de nombreux bacilles et cocci et dans l'un de ces cas de rares bacilles ayant les caractères du bacille de Vincent; ces bacilles étaient isolés, dans chaque préparation il n'en existait que cinq ou six. Liaras aurait trouvé de très nombreux fuso-bacilles dans un chancre de l'amygdale. Il peut se faire que le bacille fusiforme vienne se cultiver comme saprophyte à la surface d'un

chancre de l'amygdale. On peut aussi émettre l'opinion que la syphilis peut venir s'innoculer sur une ulcération préexistante due au processus ulcéro-membraneux (Raoult).

Dans tous les cas la présence du bacille fusiforme est secondaire dans les fausses membranes du chancre, car on ne l'y rencontre qu'en extrême petite quantité (Raoult et Thiry).

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Nous avons observé à la symptomatologie combien le début du chancre pouvait être trompeur et pouvait simuler une affection aiguë de l'amygdale. Nous avons aussi remarqué les différentes formes objectives de l'ulcération chancreuse simulant de nombreuses ulcérations de cet organe. Enfin nous savons combien le malade est peu disposé à penser à une affection de cette origine, combien aussi ne se méfiant pas de cette cause à propos d'un mal de gorge, il juge inutile de raconter ses misères ou ses exploits antérieurs. Il trompera donc facilement un médecin non prévenu et peu habitué à la recherche de la syphilis.

Nous pensons donc utile pour le diagnostic clinique de rechercher les confusions possibles au début de la maladie, puis nous rechercherons les affections de l'amygdale qui, par leur aspect objectif, peuvent simuler l'une des différentes formes du chancre tonsillaire.

Début. — Nous avons montré que, dès le premier moment de son apparition, le chancre se manifeste

par une simple douleur ou même une simple gêne de la gorge qui va en s'accroissant pour présenter une intensité variable, laquelle s'accompagne d'un état général plus ou moins marqué suivant les cas. Par cet ensemble de signes il arrive donc souvent à simuler la plupart des angines aiguës : *amygdalite aiguë simple* et *amygdalite infectieuse*.

Objectivement, l'hypertrophie amygdalienne dans le cas de chancre accompagné de rougeur vive peut en imposer pour une de ces affections, comme l'a montré Dieulafoy, bien souvent l'erreur a dû être commise, surtout si l'on pense que le malade pouvait être antérieurement porteur d'une amygdale hypertrophiée.

A ce propos, Morel-Lavallée rapporte l'observation d'un malade qu'il avait soigné plusieurs fois pour des amygdalites aiguës à répétition et qui la dernière fois vint se plaindre à lui des mêmes symptômes que dans les circonstances précédentes. Mais, dans cette occasion, l'auteur diagnostique un chancre de l'amygdale. Dieulafoy parle aussi d'un sujet chez lequel il avait porté le diagnostic incontestable de chancre amygdalien et qui fut examiné par le médecin de son administration ; ce médecin pensa à une poussée d'amygdalite sur une amygdale hypertrophiée et lui conseilla de faire pratiquer l'ablation de cet organe. Mais si l'on regarde attentivement, sur l'amygdale hypertrophiée rouge, on aperçoit une érosion ou une ulcération indurée, enfin l'adénopathie correspondante, caractéristique, accompagne la lésion et la roséole consécutive vient

enlever tous les doutes. Nous pouvons dire aussi que le chancre a une évolution plus lente qu'une amygdalite qui ne dure en général que quelques jours, une semaine au plus, et que d'autre part il laisse des traces manifestes, persistantes (induration) après sa disparition. Citons à cette occasion l'opinion de Bulkley qui prétend que la roséole d'un chancre céphalique commence à apparaître surtout à la face (?).

Plegmon periamydalien. — Cette affection pourra être simulée dans les cas où l'amygdale adhérente aux piliers repousse par sa tuméfaction en avant le pilier antérieur et produit une ampliation de celui-ci au niveau de la loge externe et supérieure de la tonsille. Par sa rougeur et l'œdème de sa muqueuse, ce pilier antérieur aide encore à commettre l'erreur. Il sera bon d'attirer le pilier avec le crochet à diviser pour apercevoir la lésion de l'amygdale en faisant basculer celle-ci d'arrière en avant et de dedans en dehors.

FORME ÉROSIVE

1° *Syphilide secondaire.* — Les syphilides érosives sont multiples, arrondies, superficielles, entourées d'un liseré blanchâtre à fond rose ou opalin. Il en existe sur l'amygdale, on en trouve sur le voile du palais, les piliers, la langue et les lèvres. Sur l'amygdale, la réaction inflammatoire du voisinage est bien moins accentuée; l'adénopathie est aussi

multiple, irrégulière, ne prenant pas l'aspect de la pléiade du chancre. Enfin, les syphilides récidivent souvent, disparaissent pour reparaitre quelque temps après dans les points variés de la bouche ; l'interrogatoire des malades fera connaître le plus souvent la lésion initiale de la vérole.

Néanmoins, il est plusieurs cas signalés par le professeur Fournier où l'on peut éprouver un certain doute.

Tantôt une syphilide apparaît sur l'amygdale au point où un chancre est survenu quelques mois auparavant et pendant qu'elle subsiste encore l'adénopathie caractéristique de celui-ci. C'est dans des cas semblables que quelques médecins ont pu croire à l'évolution d'un nouveau chancre (vérole doublée) ou se figurer être en présence d'un chancre initial.

D'autres fois, avant que le chancre ait terminé son évolution, par suite des modifications objectives, il peut prendre les caractères d'une plaque muqueuse. Y a-t-il là une transformation réelle, ce qui paraît très vraisemblable, ou bien le chancre bourgeonne-t-il et se transforme-t-il en une ulcération vulgaire (Fournier) ?

Parfois encore la plaque muqueuse peut s'indurer ; le plus souvent cette induration est artificielle et a été provoquée par des cautérisations antérieures au nitrate d'argent. C'est par l'aspect différent de l'adénopathie et par les commémoratifs qu'on pourrait rétablir le diagnostic.

2^o *Herpès*. Le début brusque quant à la douleur et

à l'apparition de la fièvre, accompagné de frissons, caractérise l'angine herpétique. A cette époque on voit l'amygdale rouge, bosselée, irrégulière, mais pas extrêmement volumineuse ; à sa surface on voit de petits vésicules qui se rompent au bout de 24 à 48 heures. A la suite de cette rupture on aperçoit ou de petites ulcérations ou bien de petites plaques blanches dues à l'affaissement des vésicules. Les érosions sont ordinairement peu distinctes. Les plaques blanches sont entourées d'un fin liseré rouge. Par suite de la cohérence de ces plaques, celles-ci forment comme une véritable fausse membrane blanchâtre dont l'ensemble présente un contour *polycyclique*. Parfois, après leur ablation, elles se reproduisent, mais en général, 4 à 5 jours après le début, elles deviennent friables et se détachent sans laisser de traces. En même temps que ces éléments se développent sur les amygdales, on peut toujours en observer d'autres, sur d'autres points de la muqueuse buccale et pharyngienne. La douleur est plutôt une sensation de cuisson vive superficielle, tandis que dans le chancre elle est plus profonde et s'accompagne d'impotence fonctionnelle des muscles présidant à la déglutition. Enfin l'adénopathie, quand elle existe, ne présente aucuns caractères spéciaux.

Nous devons mentionner à ce propos les caractères du *zona pharyngien*, bien distingué par Larmoyer. Cette affection a un début insidieux, peu de phénomènes généraux ; son éruption unilatérale respecte l'amygdale et se localise au voile du palais, aux gen-

cives et aux joues. Elle suit le plus souvent le territoire de la deuxième branche du trijumeau.

L'*herpès pharyngé récidivant* atteint d'ordinaire les piliers antérieurs et jamais l'amygdale; son éruption est peu étendue et réapparaît le plus souvent au même point. On l'observe chez les femmes au moment de la période menstruelle, chez les grands fumeurs et chez les syphilitiques.

3° *Formes ulcéreuses et formes diphtéroïdes.* — Nous étudierons d'abord les affections syphilitiques pouvant simuler le chancre, puis les affections aiguës et les maladies chroniques. Nous avons réuni dans ce même chapitre le diagnostic des formes ulcéreuse et diphtéroïde afin d'éviter des redites nombreuses, car plusieurs affections ulcéreuses de l'amygdale présentent aussi un aspect pseudo-membraneux.

a) *Syphilides secondaires ulcéreuses.* — Nous ne pouvons que reproduire ici ce que nous avons dit au sujet des plaques muqueuses érosives, à part ce fait qu'à l'érosion du début succède une ulcération.

b) *Syphilide tertiaire ulcéreuse primitive.* — Cette affection peu connue de la plupart des cliniciens apparaît sous forme d'une ulcération d'emblée, plus ou moins envahissante tout à fait au début de la période tertiaire. Chez des malades qui ne sont pas soignés ou se sont mal soignés, elle est contemporaine des syphilides ulcéreuses ou tuberculo-ulcéreuses de la peau. L'ulcération est anfractueuse,

grise ou jaune; le fond est recouvert d'un enduit grisâtre prenant parfois l'apparence d'une fausse membrane. A son pourtour il n'y a pas de réaction inflammatoire et il existe peu de douleur de la gorge. L'adénopathie est nulle ou peu marquée. Enfin, l'ulcération envahit assez souvent le voile du palais ou les piliers, mais toujours avec une marche lente, torpide, sans grands symptômes fonctionnels.

c) *Gommes ulcérées*. — Le début de la gomme a pu être assez souvent confondu avec le chancre, ainsi que le note Dieulafoy dans une des observations que nous citons. En effet, lorsqu'elle évolue, elle produit une douleur souvent violente et une gêne très grande à la déglutition. Ces phénomènes sont parfois accompagnés de fièvre, courbature, etc. Mais lorsque l'ulcération vient à se produire, ce qui demande un temps beaucoup plus long (2 semaines, 1 mois) que pour la production de la perte de substance du chancre, on voit que la surface de l'organe est anémiée et cède à une pression intérieure. Cette ulcération, une fois formée, présente une cavité d'abord profonde, bourbillonneuse, dont on extrait, au moyen de la pince, des filaments comparés à des échevaux de fil, à de la chair de morue. Une fois détergée, on se trouve en présence d'une vaste ulcération, dont le fond bourgeonne d'une façon intense. A cette dernière période, la réaction des tissus voisins diminue et les signes fonctionnels s'atténuent progressivement. Enfin, il existe souvent de l'adénopathie, mais jamais en pléiade.

d) *Ulcère scrofulo-syphilitique*. — Chez un scrofulueux en puissance de syphilis se produit sur l'amygdale un nodule, ressemblant à celui du lupus, qui s'enlève lentement. Puis, les ulcérations deviennent serpigineuses, blanchâtres, assez superficielles ; elles déchiquètent l'organe, tout autour les tissus sont rouges œdématisés. Les organes voisins sont progressivement envahis par la lésion et lentement détruits par elle. Il existe une gêne légère de la déglutition et peu ou pas de douleur. En général, il n'y a pas d'adénopathie. L'affection a une marche très lente et récidive très souvent.

e) *Amygdalite ulcéro-membraneuse*. — De même que dans le chancre qui a été souvent une cause d'erreur, le début est insidieux, accompagné d'une fièvre légère, de fatigue avec un faciès infectieux. Sur une des amygdales existe une fausse membrane recouvrant une érosion (forme dyphtéroïde de Vincent), puis plus tard, dans certains cas, une ulcération (forme ulcéreuse de Raoult et Thiry). Cette fausse membrane s'enlève difficilement au début, puis devient diffluente. On s'aperçoit que la lésion procède de la superficie vers la profondeur, et entraîne dans certains cas rares une destruction notable de l'organe. Les tissus périphériques sont enflammés et œdématisés, mais l'amygdale ne présente jamais un volume bien considérable, à moins qu'elle ne fut antérieurement hypertrophiée. La gêne de la déglutition est très légère, l'haleine fétide. On trouve aussi deux ganglions tuméfiés et un peu sensibles à la pression.

Souvent il existe des lésions semblables sur un ou plusieurs points de la muqueuse buccale ou pharyngienne. L'affection évolue en 10 à 15 jours en général. Elle guérit rapidement à la désinfection locale de chlorate de potasse et de changement d'air. Enfin l'examen bactériologique de la fausse membrane y fait découvrir la présence en *grande quantité* de spirilles et surtout des bacilles fusiformes de Vincent. Quelques auteurs (Raoult et Thiry, Liaras) ont mentionné la présence de ce dernier bacille dans quelques cas de chancre de l'amygdale; mais le nombre de ces microorganismes était très restreint. En dehors de cet examen bactériologique on doit se baser pour le diagnostic sur la faible douleur de l'amygdalite ulcéro-membraneuse, sur le gonflement moindre que présente l'amygdale et sur la légère adénopathie qui accompagne cette dernière affection.

f) *Amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë*. — Cette affection décrite par Moure survient chez les individus antérieurement atteints d'amygdalite lacunaire chronique. En un point de leur amygdale se produit au niveau d'une lacune un kyste contenant une matière pultacée puriforme; ce kyste s'enflamme, puis par la pression intérieure vient s'ouvrir à la surface de la tonsille. Il reste dès lors une ulcération ronde, ovale, profonde, à bords taillés à pic anfractueux dès le début et recouverte d'un détritüs blanchâtre qui s'enlève facilement avec le pinceau. Parfois elle évide l'amyg-

dale, et quelquefois aussi il existe plusieurs ulcérations simultanées. Tout autour on observe une inflammation de l'amygdale limitée à ce pourtour. La lésion s'accompagne d'une très légère douleur de la déglutition, l'haleine n'est pas fétide ; l'adénopathie est légère ou souvent même nulle. Au moment où se fait l'ulcération, l'état général est ordinairement excellent, les malades se plaignent d'une légère fatigue et parfois il existe un peu de fièvre. L'affection dure 8 à 10 jours, elle peut récidiver.

L'examen bactériologique de la fausse membrane dénote des microbes vulgaires, hôtes habituels de la bouche.

Les principaux points de diagnostic sont donc : le peu de gêne de la déglutition, l'absence d'adénopathie, la multiplicité possible de la lésion et la marche relativement rapide.

Nous devons mentionner pour le diagnostic l'affection décrite par Mandel sous le nom d'*amygdalite chancriforme*. La description de cet auteur ne comporte pas d'examen bactériologique et les cas qu'il a observés peuvent être rangés sous le titre d'amygdalite ulcéro-membraneuse ou sous celui d'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë.

g) *Diphtérie*. — *Principaux phénomènes*. — Ce qui caractérise la diphtérie, c'est surtout l'état général mauvais et la dépression due à l'intoxication que l'on observe très rapidement. La fièvre qui est peu marquée parfois dans la forme toxique pure, devient extrêmement violente dans les formes com-

pliquées d'infection secondaire. La fausse membrane est très étendue et ne se limite pas à l'amygdale, à la perte de substance comme dans le chancre ; elle envahit tous les organes voisins, le voile du palais, piliers, pharynx et souvent les fosses nasales elles-mêmes ainsi que le larynx. Mais même dans les formes peu étendues il existe toujours une diffusion de la fausse membrane et ordinairement plusieurs plaques séparées les unes des autres. La fausse membrane lorsqu'elle est enlevée se reproduit très facilement et au-dessous il n'existe en général (sauf dans les formes polybacillaires) une érosion légère et pas de véritables pertes de substances. Autour de la fausse membrane les tissus sont enflammés mais l'amygdale ne présente pas cette tuméfaction énorme que l'on rencontre d'ordinaire dans le chancre. L'adénopathie de la diphtérie infectieuse se fait en masse ; tous les ganglions sont cohérents et rarement isolables les uns des autres. Enfin l'affection a une marche assez rapide et s'accompagne d'une dépression beaucoup plus grande que le chancre, et s'il pouvait exister quelque doute l'examen bactériologique de la fausse membrane révélerait la présence du bacille diphtérique et empêcherait toute possibilité d'erreur de diagnostic.

h) *Pseudo-diphtéries*. — On englobe sous ce titre toutes les angines pseudo-membraneuses primitives ou secondaires, dans les fausses membranes desquelles on ne rencontre pas les bacilles de Löffler. Leur début s'annonce par une fièvre intense, la dé-

pression, un état général infectieux. Leur marche et leur évolution ressemblent en effet à celles de la diphtérie infectieuse. Les fausses membranes sont putrilagineuses, noirâtres ; la déglutition très douloureuse, l'haleine fétide ; l'adénopathie se fait aussi en masse. Dans les cas graves, la marche est très rapide (4 à 10 jours) et la mort fréquente. Dans les cas légers, nous trouvons aussi comme dans la diphtérie la même diffusion de la fausse membrane aux organes voisins de l'amygdale, la multiplicité des plaques, la marche aiguë et rapide et le gonflement de l'amygdale moindre que dans le chancre.

ε) *Forme aiguë*. — La lésion se produit toujours chez un phtisique pulmonaire à la dernière période de la maladie. L'ulcération procède de la réunion de plusieurs îlots tuberculeux qui se sont soudés. On observe une ulcération à bords irréguliers, déchiquetés à fond anfractueux grisâtre, recouvert d'un enduit pultacé. Au-dessous de cet enduit, la surface est granuleuse, rouge, saigne facilement et parsemée de petits tubercules miliaires. Aux environs, l'amygdale enflammée, présente aussi des tubercules miliaires plus ou moins ulcérés. La dysphagie et l'otalgie sont très intenses ainsi que la salivation, les ganglions correspondants sont enflammés, douloureux et suppurent parfois.

β) *Forme chronique*. — La lésion peut apparaître soit chez un tuberculeux avancé, soit chez un malade encore peu infecté du côté du poumon ou du larynx. Elle débute par une légère douleur localisée

en un point de l'amygdale. A cet endroit on voit se produire une plaque chagrinée, un peu saillante, sur laquelle se dessine une érosion qui dans la suite devient une ulcération. Celle-ci est irrégulière, anfractueuse, parsemée d'un piqueté rouge et gris caractéristique. Dans d'autres cas, du fond partent des bourgeons charnus volumineux pouvant revêtir même l'aspect d'un polype. Au voisinage de la lésion, l'amygdale subit une inflammation et une tuméfaction à peine sensibles. L'ulcération dure plusieurs semaines, plusieurs mois, sans progresser, lorsqu'à l'occasion d'une poussée aiguë l'inflammation circonvoisine s'accroît, l'ulcération se creuse davantage et revêt alors l'aspect que nous mentionnons dans la forme aiguë.

j) *Lupus*. — Le lupus de l'amygdale accompagne ordinairement une lésion semblable de la face, des fosses nasales ou du pharynx. L'ulcération qui se produit peu à peu sourdement est anfractueuse, peu profonde, recouverte de bourgeons mous, flasques, irréguliers. Les piliers, ainsi que le reste de l'amygdale non encore atteint, ne présentent pas de tuméfaction. Il n'y existe ni adénopathie, ni aucun symptôme fonctionnel. Dans certains cas (forme secondaire), l'ulcération est violacée, granuleuse ; ses bords sont peu saillants, mal définis ; çà et là, on aperçoit des points cicatriciels blanchâtres. Enfin, dans ces formes secondaires, l'ulcération a déjà rongé antérieurement les piliers, le pharynx, etc.

4° *Forme gangréneuse.* — La gangrène de l'amygdale, qui est rarement primitive, est le plus souvent une complication de toute affection infectieuse ou ulcéreuse de cet organe. On peut même dire que lorsqu'on se trouve en présence d'une gangrène tonsillaire, il est le plus souvent impossible au médecin de présager la lésion qui se cache au-dessous d'elle. Dans tous les cas, on observe un état général extrêmement mauvais, caractéristique, d'une infection souvent généralisée. Dans tous les cas aussi, localement, on trouve sur l'amygdale malade une plaque noire, sphacélique, s'enlevant par lambeaux, entourée de débris puriformes, exhalant une fétidité horrible. A part les cas de diphtérie ou de pseudodiphtérie infectieuse, dans lesquels l'extension des fausses membranes à toute la gorge et même aux fosses nasales est un sérieux appoint, bien souvent le diagnostic de la lésion primitive ne pourra être fait que lorsque la plaque sphacélique se sera détergée. Dans le chancre gangréneux, cette plaque sphacélique est moins étendue que dans les angines infectieuses et que dans les gangrènes primitives à formes graves. Mais l'adénopathie caractéristique, qui est le criterium ordinaire de la lésion syphilitique primitive, se trouve transformée par suite de l'infection surajoutée. Les ganglions ne sont plus séparables les uns des autres et sont englobés dans une gangue inflammatoire qui a pu arriver, même dans certains cas, à la suppuration. Une fois la plaque détergée, l'infection lymphatique diminuée, le chancre réapparaît avec ses caractères, et enfin la manifestation

de la roséole et des syphilides secondaires viendra enlever tous les doutes.

5^o *Forme épithéliomateuse.* — Dans les tumeurs malignes de l'amygdale il existe un stade assez long, 2 à 3 mois, pendant lequel évolue la tuméfaction de l'organe avant que ne se produise l'ulcération. Dans le chancre, au contraire, la perte de substance se manifeste simultanément avec l'augmentation de l'amygdale. Dans le cancer, l'adénopathie débute plus tard, se fait plus en masse, tout au moins, à partir du moment où apparaît l'ulcération ; elle est plus ligneuse et son extension est plus diffuse. Toutefois nous devons faire une réserve pour le sarcome dans lequel l'adénopathie est bien moins marquée que dans l'épithélioma ; mais il faut observer que dans ce cas on trouve une amygdale énorme, mollasse et que l'ulcération qui se produit activement est relativement peu étendue, c'est plutôt une fissure qu'une ulcération, tandis que l'ulcération de l'épithélioma est extrêmement bourgeonnant et saigne au moindre contact.

Diagnostic rétrospectif. — Souvent il est nécessaire de rechercher le point d'inoculation de la syphilis et fréquemment, comme nous l'avons déjà vu, le chancre amygdalien a pu être pris pour toute autre affection de cet organe et le malade de bonne foi ne s'en est pas rendu compte.

Ainsi que le mentionne Diday « il restera peu de doute au médecin sur la nature chancreuse de

l'angine qu'un syphilitique accuse dans ses antécédents : si cette angine a commencé quinze jours à trois semaines après des rapports qu'il avoue suspects ou malsains ; — s'il n'était pas habituellement sujet aux angines ; — si la douleur a été unilatérale ; — si elle a duré de trois à quatre semaines ; — si quoique intense elle n'a pas causé de réaction fébrile ; — si elle s'est accompagné d'adénopathie localisée à la région malade correspondante ; — si les symptômes de la syphilis ont débuté six à huit semaines après le commencement de cette angine ; — enfin, si le malade n'avait eu, en temps utile, aucun autre chancre sur d'autres parties du corps. »

Nous devons ajouter que si la recherche se fait dans les 4 à 6 mois qui suivent le début de l'affection on reconnaît encore des traces de l'adénopathie et parfois même aussi encore une certaine induration de l'amygdale malade. On ne peut suivre non plus à la lettre l'exposition de Diday, car nous avons vu que parfois il existe des chancres doubles, qu'il y a aussi de la fièvre dans certains cas. Voilà donc deux causes d'erreur auxquelles il faut penser.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nous avons déjà insisté plusieurs fois au cours de cette étude sur les troubles qu'apporte à la déglutition et à la nutrition le chancre amygdalien et aussi sur la gravité assez fréquente qu'il entraîne consécutivement. Il importe donc de hâter la cicatrisation locale et d'instituer un traitement actif qui empêche l'apparition des lésions sérieuses à la suite.

Traitement local. — Dans les formes simples on pourra se contenter de gargarismes fréquents au chlorate de potasse, à l'eau boriquée, à l'eau phéniquée avec une solution de phénosalyle, avec une solution de tanin 1 pour mille (Compaired). Dans les cas où existe un notable gonflement ou des fausses membranes soit dyphthéroïdes, soit gangréneuses, on pourra employer avec succès les pulvérisations chaudes, très fréquemment répétées, d'une des solutions antiseptiques mentionnées plus haut.

M. le professeur Fournier conseille au début, lorsque le chancre est douloureux, des gargarismes émollients avec de la décoction sucrée de guimauve, de guimauve et de pavot, additionner s'il est besoin

d'un peu de teinture d'opium accompagné de pulvérisations boriquées. Plus tard seulement il prescrit les gargarismes au chlorate de potasse, au borate de soude.

De plus, il sera bon de faire des badigeonnages sur la lésion avec de la glycérine boratée (glycérine, 30 gr.; borax, de 6 à 10 gr.). S'il paraît utile de modifier la surface du chancre, il est bon de faire des attouchements à la teinture d'iode ou à la teinture éthérée d'iodoforme ou des attouchements avec le nitrate d'argent (Fournier), ou avec le nitrate acide de mercure (Mauriac).

On a proposé encore les badigeonnages avec le menthol camphré (Raoult), le naphthol camphré, la glycérine iodo-iodurée (Compaired).

Faut-il enlever l'amygdale? Au point de vue de l'évolution consécutive de la maladie, nous savons que cette ablation n'a aucune utilité. Néanmoins cette ablation sera peut-être commandée par les circonstances dans les cas de chancre gangréneux, ainsi que dans les cas de chancres intra-amygdaliens semblables à celui qu'a décrit Arslan et que nous reproduisons plus loin (Observation XXXVII).

Traitement général. — Il semble bien difficile d'employer l'absorption du mercure par la voie stomacale, étant donné la dysphagie et les troubles gastriques qui l'accompagnent.

Un grand nombre d'auteurs ont utilisé les frictions mercurielles, soit sans localisation préférée ou bien au niveau de l'adénopathie, comme Mauriac.

Enfin, Béron préconise la méthode de *Welanders* (*Ueberstreichungs-methode*. — *Arch. für Dermatol. und Syphilis*, 1893, Erg. H. 1), méthode qui ne donne que dans 11 0/0 de cas de stomatite mercurielle, tandis que la méthode classique par frictions lui aurait donné cette stomatite dans 14 0/0 de cas.

Nous pensons qu'il faut donner la préférence à la méthode hypodermique, ainsi que le recommande M. le professeur Spillmann. Dans les cas simples, ou tout au moins peu graves, on pourra utiliser les injections d'huile grise, suivant la formule donnée par Barthelemy.

Mais dans les cas sérieux, il vaudra mieux utiliser les injections de calomel.

Calomel.....	} à 5 parties.
Chlorure de sodium.....	
Eau distillée.....	50 parties.
Mucillage de gomme arabique.....	5 parties.

(Stériliser à l'autoclave.)

Injecter 1 fois par semaine, 10 centigrammes de calomel, faire 4 à 6 injections.

(HEISSER.)

Traitement hygiénique, — Il faut interdire aux malades les mets épicés, les liqueurs alcooliques même le vin pur, les mets vinaigrés, l'usage du tabac. Une grande propreté de la bouche et des dents : brossage des dents, bains de bouche répétés est indispensable. Etant donné l'affaiblissement qu'occasionne la maladie, on pourra prescrire utilement les phosphates de chaux, une alimentation liquide et semi-liquide (œufs, lait, hachis de viande, etc.,

etc.). Enfin, chez les individus scrofuleux, il sera bon dans la suite de prescrire l'huile de foie de morue et une médication arsenicale.

Prophylaxie. — Nous ne nous étendrons pas sur toute la prophylaxie de la syphilis en général; il nous semble cependant utile de nous occuper de quelques points particuliers concernant la contagion du chancre ou par le chancre amygdalien. Il faudra donc recommander aux malades qui sont atteints de cette affection, de se servir d'ustensiles propres à eux, et que ces ustensiles ne puissent sous aucun prétexte servir à d'autres personnes. Nous devons comprendre sous ce terme d'ustensiles non seulement verres, fourchettes, etc., etc., mais encore les crayons, pipes, mouchoirs. Il évitera d'embrasser les personnes de son entourage, les enfants, ainsi que de cracher par terre et surtout dans les appartements. Les médecins qui soignent de tels malades doivent prendre de grandes précautions d'asepsie vis-à-vis des instruments qui ont servi à les examiner ou à les soigner, tels que : abaisse-langue, porte-coton, cathétères. Par cela même nous croyons que dans de tels cas il est bon de proscrire l'usage de pinceaux ou de crayons de nitrate d'argent pouvant servir dans la suite à un autre patient.

D'autre part, dans les milieux ou dans les familles où on soupçonne la contagion possible par des ustensiles communs (par exemple chez les verriers) il sera bon de désinfecter très soigneusement ces

derniers et d'isoler les malades dangereux pour les autres.

En présence d'un nourrisson syphilitique, le médecin ne doit pas lui donner d'autre nourrice que sa mère (si c'est un syphilitique héréditaire) ou s'il est impossible, on ne pourra prescrire que l'allaitement au biberon. Dans ce dernier cas les personnes qui seront chargées des soins de l'enfant seront prévenues du danger de la contagion soit en maniant la tétine du biberon, soit en embrassant cet enfant.



OBSERVATIONS

Nous classerons nos observations d'après leur forme en commençant par le chancre typique de l'amygdale proprement dit, la forme érosive.

1. **Forme érosive.**

OBSERVATION I

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur SPILLMANN.)

Ce cas concerne un jeune homme âgé de 17 ans, ouvrier en chaussures, qui se présente à la consultation le 9 mars 1900. Son père tousse depuis 3 ans ; la mère est bien portante. Il a une sœur qui est en pleine période secondaire de la syphilis ; elle a la bouche remplie de syphilides érosives. Dans les antécédents personnels du malade nous ne trouvons rien de particulier à noter. Il présente un chapelet ganglionnaire dans la région cervicale droite et prétend avoir eu de temps en temps des poussées ganglionnaires de ce côté. Il n'est pas sujet aux bronchites.

Actuellement il se plaint de mal de gorge depuis 15 jours, douleur à la déglutition avec irradiations à l'oreille. Pas de fièvre ; l'appétit est conservé.

Le malade est bien constitué, de tempérament lymphatique. A la région cervicale droite on trouve un chapelet ganglionnaire assez volumineux. Sur l'amygdale droite, à sa partie supérieure et au voisinage du bord du voile du palais on voit une ulcération en coup d'ongle, à bords taillés à pic, très rouge dont le fond est tapissé d'une pseudo-membrane grisâtre. L'examen bactériologique a été fait par M. Thiry et on n'a trouvé ni de bacilles de Koch ni de Vincent.

Un mois après l'apparition du chancre on observe sur tout le

corps une roséole caractéristique, ce qui confirme le diagnostic d'infection spécifique partie de l'amygdale.

Quant au mode d'infection il nous semble probable que le malade a été infecté par sa sœur (actuellement en pleine éruption secondaire) par l'intermédiaire d'ustensiles de table communs.

On lui a pratiqué à 8 jours de distance 2 injections d'huile grise et le jour de sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire le 24 avril, la réparation était complète. Il continue tous les 8 jours ces injections et la réparation continue.

OBSERVATION II

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur SPILLMANN.)

M^{me} M. . . , âgée de 27 ans, est mariée à un officier qui a eu la syphilis il y a douze ans; cette syphilis a été traitée à bâtons rompus. M. M. . . est grand fumeur et est atteint d'une glossite spécifique scléreuse avec légère poussée érosive. Le médecin de la famille a autorisé M. . . à se marier, lui déclarant qu'il n'avait rien à craindre au point de vue de la contagion. Au bout de cinq mois de mariage, M^{me} M. . . est prise d'une amygdalite considérée tout d'abord comme une angine simple et traitée comme telle. L'amygdale *droite* était le siège d'une tuméfaction douloureuse, la malade éprouvait de la gêne pendant la déglutition; au bout de quelques jours on observe un ganglion sous-maxillaire du même côté. La lésion amygdalienne persista pendant près de deux mois sans que le diagnostic fut porté. Quand je vis la malade, elle présentait des syphilides papuleuses discrètes sur le tronc et à la nuque des croûtes du cuir chevelu et des syphilides circinées du voile du palais. État général mauvais, anémie marquée, céphalée avec insomnie. La lésion amygdalienne persistait encore; elle était caractérisée par une érosion de l'étendue d'une pièce de 1 franc, recouverte d'un enduit grisâtre.

Des injections d'huile grise amenèrent rapidement la cicatrisation de la lésion amygdalienne et la disparition des accidents cutanés.

Cette observation nous semble intéressante à signaler; elle prouve en effet qu'un syphilitique infecté il y a douze ans peut, par l'intermédiaire d'une glossite syphilitique entretenue par l'abus du tabac, transmettre la syphilis sous forme de chancre amygdalien.

OBSERVATION III

BARTHELEMY. (In. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*.
1880. p. 316.)

CHANCRE IGNORÉ

Chalot, 28 ans, garçon de salle, sans antécédents héréditaires ni personnels, se présente à la consultation de chirurgie, dans les premiers jours du mois d'octobre, et est examiné par mon collègue et ami Martinet, qui pense à un chancre syphilitique de l'amygdale et du pilier antérieur gauche et qui me l'envoie. Le malade ne se plaignait que d'un mal de gorge, modérément intense, mais persistant depuis *une quinzaine de jours*, l'empêchant de manger et d'avalier, et lui causant un notable malaise général. Pas de fièvre. Langue médiocrement sale.

L'examen de la gorge est tout spécial : la rougeur, très vive, très intense, violacée même, du côté gauche, devient très diffuse sur la ligne médiane du voile et n'occupe ni le côté droit ni le pharynx ; l'amygdale droite est absolument normale ; nulle part on ne trouve de produits pultacés ni autres, à peine une légère couche de mucopus tapisse-t-elle l'amygdale malade ; la luette n'est ni rouge ni gonflée. Donc, *lésion nettement limitée*.

Si l'on vient avec un pinceau à enlever la petite couche de salive et de mucosité purulente qui recouvre les points malades, on est immédiatement frappé de la localisation du mal. L'amygdale gauche n'est que rouge, très tuméfiée, notablement proéminente et étale sous les yeux un certain nombre de cryptes participant à l'inflammation générale, mais ne présentant pas de bosselures plus prononcées, ni de points blancs ou jaunâtres, comme dans les cas d'amygdalite aiguë rhumatismale.

En même temps, on aperçoit sur le pilier antérieur gauche une lésion remarquablement lisse, en forme de croissant, de plaque demi-ovale et courbe, située sur le bord même du pilier, de façon à se perdre à première vue et à empiéter sur l'amygdale hypertrophiée. Si l'on étudie mieux la lésion, on voit qu'elle occupe exclusivement le pilier antérieur sur l'étendue d'une petite amande environ.

Cette lésion présente tous les caractères d'une *simple érosion*

et ne constitue pas une ulcération ainsi que ne le manque pas de le faire observer avec tant de raison M. le Dr Fournier. *Le fond est lisse*, ai-je dit, non déprimé, non tourmenté, et les *bords sont à peine saillants*, au point que c'est surtout en éclairant le malade un peu obliquement que, grâce à une sorte de reflet, on observe le mieux la lésion. La *coloration*, en effet, en est plus à peine marquée que celle des régions avoisinantes, plus rouges d'ailleurs que normalement.

Si l'on fait le toucher on sent immédiatement qu'elles sont le siège d'une *induration manifeste*. L'amygdale est dure, résistante, d'une consistance certainement augmentée; mais c'est surtout la lésion observée sur le pilier qui, bien qu'elle soit peu profonde, présente au doigt une résistance considérable. Elle repose sur une base épaissie, cartilagineuse, fortement parcheminée et toute différente de la dureté due à la tension du voile du palais.

Si l'on recherche l'*engorgement ganglionnaire*, on le trouve facilement; il est très marqué; immédiatement au-dessous de l'angle de la mâchoire, dans l'espace qui sépare le maxillaire du bord antérieur du mastoïdien, on trouve un ganglion très dur, peu douloureux à la pression, du volume d'une noix. De plus, tout autour et tout le long du mastoïdien, on sent une chaîne ganglionnaire très engorgée rouler sous les doigts en causant quelque douleur; cette pléiade se prolonge jusque dans le triangle susclaviculaire.

Néanmoins, le malade, niant tout procédé insolite de contamination, ne se doutant pas de la gravité de son mal de gorge, qu'il avait pris pour une simple angine, ne pouvant donner aucun renseignement ni sur le début ni sur la marche de l'accident, est mis pendant quelque temps en observation et soumis à l'*expectation*, jugée ici *nécessaire*.

Pendant quelques jours qui suivent, il n'y a aucune modification; l'induration s'accroît peut-être encore, ainsi que l'adénopathie; ce qui tendrait à faire croire que le chancre est bien à la fin du second septenaire.

Le malade souffre davantage du cou; les contractions du mastoïdien sont pénibles, raides, douloureuses même; le malade se présente comme s'il avait un léger torticolis. On observe la surdité de l'oreille gauche, qui n'entend plus que très incomplètement.

Le malade se plaint d'ailleurs, de beaucoup souffrir dans l'intérieur de l'oreille; il cherche parfois à se gratter, soit par la gorge,

soit par le conduit auditif externe. Les gargarismes émollients et narcotiques adoucissent peu cette douleur, qui s'irradie dans tout le cou et dans tout le côté gauche de la tête. Le malade est d'ailleurs assez pâle et notablement débilité.

La lésion se cicatrisa peu à peu, dans l'espace d'une dizaine ou d'une quinzaine de jours et il ne resta plus que l'adénopathie, la trace demi-lunaire très nette, de la lésion, une notable induration du pilier à ce niveau et une certaine hypertrophie amygdalienne. La rougeur, la douleur, l'érosion, avaient graduellement disparus.

Tous les jours, nous examinions ce malade, recherchant la moindre manifestation secondaire. Celles-ci ne tardèrent pas, en effet, à se montrer, et l'on put voir venir à notre consultation cet homme qui est aujourd'hui en pleine vérole secondaire (roséole, syphilides papulo-érosives des lèvres et de la langue).

OBSERVATION IV

(Due à M. le docteur CALMETTE, publiée par M. LAVALLÉE.)

T . . , 18 ans, dessinateur. N'a pas eu la syphilis. Souffre actuellement de la gorge depuis 3 semaines, sans fièvre ; dysphagie. On constate une pharyngite diffuse ; l'amygdale gauche, très tuméfiée, présente sur sa face antérieure une plaque jaunâtre, à bords saillants assez réguliers et séparée en deux par un liseré rouge de muqueuse intacte.

Pléiade ganglionnaire à l'angle de la mâchoire, avec un gros ganglion central ; tous sont indolents, distincts, glissent sous le doigt. Rien d'autre en aucun point du corps.

15 jours après, l'ulcération a disparu, l'adénopathie persiste : *roséole* (octobre 1887).

Le malade, qui travaille avec plusieurs collègues dans un bureau où tous les instruments de papeterie sont en commun, a l'habitude de tenir constamment dans la bouche un crayon qu'il aspire et fait ainsi butter contre sa paroi pharyngée.

OBSERVATION V

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur COMPAIRED, de Madrid.)

M. J. . . , âgé de 16 ans, originaire de Barcelone, sans profession déterminée (garçon), éprouve des difficultés à la déglutition et une

sensation d'ardeur à la gorge, depuis deux semaines. A l'inspection on voit les deux amygdales tuméfiées, rouges, un peu volumineuses mais sans présenter les caractères cliniques d'une poussée aiguë sur des amygdales hypertrophiées. Près de l'angle formé par la commissure du pilier antérieur et du pilier postérieur du côté gauche et sur le segment antéro-inférieur de l'amygdale droite on constate la présence d'une ulcération irrégulière d'environ 1 c. m. de large, un peu plus dure, avec des bords quasi ligneux et taillés à pic, avec un fond blanc, sale, indolent au toucher et au contact de la sonde, contrastant avec la sensibilité exagérée des reflexes que l'on observe sur le reste des amygdales, sur les piliers et le fond du pharynx. Dans le cou et la nuque existe un grand nombre de ganglions engorgés.

Le patient attribue sa maladie à un refroidissement, il aurait beaucoup crié dans une nuit de *juerga* (1). En insistant sur l'interrogatoire il a avoué qu'il avait sucé les mamelles de sa maîtresse, une prostituée sûrement syphilitique.

Dans ce cas, en tenant compte de l'absence des antécédents héréditaires et individuels, vu sa forte constitution, son genre de vie, l'anamnèse rapporté par lui, laissant de côté l'idée d'une lésion tuberculeuse ou d'un épithélioma de l'amygdale, je fais le diagnostic du chancre.

Partant de là, j'institue le traitement antisiphilitique général (biiodure d'hydrargyre alternant avec des frictions mercurielles) *in loco dolenti* des gargarismes et des pulvérisations tous les 3/4 d'heure avec une solution de tannin à 1 ‰. A mes consultations je pratique des attouchements avec une solution de glycérine iododurée. Sans autre traitement le malade guérit de son affection pharyngée en 12 jours, sans laisser aucun vestige cicatriciel (une petite tache blanc-grisâtre) un peu d'induration à la partie correspondante du chancre de l'amygdale gauche et après je l'ai perdu de vue.

(1) Nuit de *juerga*: réunion de beaucoup d'amis et amies, dans laquelle on mange, on boit, on chante, on danse, etc.

OBSERVATION VI

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur COMPAIRED, de Madrid.)

F. O. . , de Madrid, âgée de 18 ans, célibataire, couturière, s'est aperçu de la présence d'une ulcération sur l'amygdale gauche. Depuis 4 jours, une ulcération, dit-elle, ne lui faisant pas mal mais qui la préoccupe beaucoup.

Elle ne savait pas à quoi l'attribuer et lorsque j'en soupçonnai un chancre infectieux et que j'eus insisté par des moyens directs et indirects à connaître le mode d'infection, elle m'avoua que c'était peut-être parce qu'elle avait embrassé son amant ; elle en doutait beaucoup (et moi aussi !)

Elle présentait les signes d'une déchéance organique due au manque d'alimentation, au surcroît de travaux et à la fatigue (ou de débauche). Elle accusait l'existence de flueurs blanches continuelles et des troubles menstruels (aménorrhée alternant avec de la disménorrhée douloureuse).

Le pharynx s'était légèrement couvert d'une fausse membrane blanche, adhérente à la muqueuse sur l'amygdale gauche, à peine saillante, hors des piliers, on voit l'ulcération caractéristique à fond gris, sale, avec des bords irréguliers et taillés à pic, dures ; elle est tout à fait indolente au toucher et à la déglutition. Le reste de l'amygdale est dure. Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont engorgés.

A la suite du traitement antisypilitique local et général, la malade guérit complètement, ce qui confirme le diagnostic clinique.

OBSERVATION VII

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur COMPAIRED, de Madrid.)

S. A. . , de Madrid, âgée de 22 ans, célibataire, modiste, présente un chancre de l'amygdale gauche, d'un aspect et des symptômes objectifs et subjectifs semblables à ceux de la malade de l'observation VI, absolument évidents, sans aucun doute. Mais il me fut impossible d'acquiescer l'étiologie exacte, car la malade attribuait son affection à ce qu'elle avait bu de l'eau froide après avoir dansé et transpiré abondamment dans un bal.

Le traitement se chargea de guérir la malade, sans toutefois la convaincre de la nature de sa lésion, il fallait aussi lui administrer le traitement antisypilitique tout en lui cachant la nature des médicaments.

Qui sait si elle disait la vérité et si elle a été infectée par moyen du verre dans laquelle elle a bu de l'eau ?

OBSERVATION VIII

(Inédite, due à l'obligeance de M. docteur COMPAIRED, de Madrid).

R. M... de Pampelune (Navarre), âgé de 19 ans, célibataire, ouvrier ébéniste, rapporte que, après une nuit de fête, avec quelques amis (il y a six jours) avec lesquels après avoir bu et chanté beaucoup, il a passé un long moment dans une maison de prostitution. Il se sentit malade de la gorge, avec un malaise général, un peu de fièvre, de difficulté à avaler et une sensation de brûlure dans le côté gauche du pharynx. Quand il vint me consulter il ne se plaignait que d'un peu de gêne douloureuse au niveau du côté gauche.

A l'examen le pharynx paraît un peu congestionné, mais plus au niveau de l'amygdale gauche où il existe à la partie moyenne et antérieure tout près du pilier antérieur, une ulcération à bords durs, irréguliers, taillés à pic, d'environ 1 cm. de diamètre à fond excavé, couvert d'une couche pultacée et entouré par une zone d'induration assez appréciable au toucher, de la dureté, du reste de l'amygdale.

Grand engorgement des ganglions du cou. Le diagnostic de chancre amygdalien était indiscutable; néanmoins le malade quoiqu'on insista à connaître la véritable cause de l'infection, s'obstinait à l'attribuer à l'action de crier, au froid et à l'abus de boissons.

Il avait peut-être tellement honte de l'acte qu'il avait commis qu'il s'efforçait de le nier.

De la même manière, comme dans les observations précédentes, il fut guéri environ au bout de quinze jours. Il faut remarquer que, chez cet individu en plus du chancre, nous observons de la roséole et de l'onxyis sypilitique, manifestations contre lesquelles nous ne fîmes rien, mais qui, comme l'affection de l'amygdale, disparaissait avec le traitement mercuriel. Il resta au niveau de l'ulcération une

légère excavation dure, d'une couleur opaline ainsi que de l'induration de l'endroit.

OBSERVATION IX

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur COMPAIRED, de Madrid).

E. L..., originaire d'un village de la province d'Alicante, âgée de 17 ans, célibataire, servante ou bonne d'enfants à Madrid depuis 3 ans. Elle m'avoua qu'elle pensait que son mal de gorge était dû à ce qu'elle avait embrassé son fiancé sur la bouche et lui avoir sucé la langue comme elle avait l'habitude de faire depuis 2 mois. Elle ne s'était aperçu au début que d'une gêne en avalant qui persistait encore du côté droit de la gorge, gêne douloureuse qui s'irradiait vers l'oreille correspondante.

En même temps que l'ulcération chancreuse de l'amygdale droite présentant les mêmes symptômes que dans les observations précédentes, existaient des plaques muqueuses disséminées sur la luette, les joues et les commissures labiales. Elle m'assura formellement qu'elle n'avait jamais commis d'autres actions avec son fiancé, qu'elle était bien réglée, qu'elle n'avait pas de fleurs blanches et que si sa maladie était bien ce que je disais, celle-ci était due, uniquement et exclusivement, à ce qu'elle avait embrassé et sucé la langue, comme il a été dit plus haut.

Au bout d'un mois environ de traitement, elle partit, promettant comme on le lui avait recommandé, de ne plus embrasser son fiancé.

OBSERVATION X

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur COMPAIRED, de Madrid)

M^{me} F. P..., de Madrid, âgée de 23 ans, modiste, se présenta à ma consultation avec une lésion de la luette, qu'elle et sa famille se décident à me montrer après l'examen de leur médecin.

En l'interrogeant sur la cause, elle me dit qu'elle ne pouvait l'attribuer qu'à avoir bu de l'eau, pendant un bal, dans un verre où, quelques instants avant, avait bu une actrice.

En plus des plaques muqueuses des commissures labiales, des joues, etc., etc., existe un chancre absolument typique sur l'amygdale gauche et un autre encore plus net sur le même côté du dos

de la langue. Il existait des taches de roséole disséminées en point différents du corps. Quantité de ganglions engorgés.

Grâce au traitement antisypilitique avec des injections hypodermiques de calomel (car, conjointement avec la chlorose dont souffrait la malade, existaient des troubles gastriques), et l'antisepsie locale de la bouche et de la gorge, jointe à l'attouchement des points malades avec une solution de nitrate d'argent 5 0/0, elle put se rétablir dans un mois ou dans un mois et demi.

OBSERVATION XI

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur COMPAIRED, de Madrid.)

T. M . ., âgé de 21 ans, célibataire, militaire, en garnison à Madrid, vint à ma consultation, montrant une quantité de plaques muqueuses disséminées dans la bouche et dans le gosier et un chancre de forme très régulière, profondément ulcéré, la dureté de ses bords ainsi que la zone périphérique située dans la partie moyenne et antérieure de l'amygdale droite. Il affirme n'avoir pas eu antérieurement de la blennorrhagie. Il souffre de la gorge depuis quinze jours, et il attribue la contagion à ce qu'il a embrassé sur la bouche et sur la langue une jeune fille d'une réputation douteuse. La guérison se fit en un mois environ. Je lui défendis de fumer et j'ai pratiqué des attouchements avec une solution de nitrate d'argent et lui ai ordonné des mercuriels à l'intérieur.

OBSERVATION XII

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur COMPAIRED.)

Z. Z., plâtrier, 16 ans, de Madrid, se présente le 16 juin 1900, à ma consultation de la Polyclinique Cervera. Il souffre d'une angine du côté gauche et dit qu'il s'en aperçut 17 jours après une nuit passée avec une prostituée. *Diagnostic* : chancre typique de l'amygdale gauche ; volumineuse tuméfaction ganglionnaire du côté du cou ; plaques muqueuses sur la commissure labiale. *Traitement* : frictions mercurielles, nitrate d'argent localement et gargarismes avec une solution de tannin à 1 p. 100. Le malade a été gardé à la clinique jusqu'au 23 juin. Au moment de sa sortie, les ganglions infectés avaient diminués ainsi que la zone d'induration siégeant au point cicatriciel du chancre.

OBSERVATION XIII

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur RENAUD.)

Alex. Ma., 19 ans, ouvrier en chaussures, vint me trouver fin avril 1898, se plaignant d'un fort mal de gorge, depuis quinze jours.

Ce qui me frappa à première vue fut un développement très accentué des ganglions de toute la région sous-maxillaire droite.

A l'examen de la bouche, je trouvai une amygdale droite énorme dépassant largement la luette ; à sa base, je trouvai une ulcération de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, à peine recouverte d'un enduit grisâtre ; les bords sont rouges, déchiquetés mais peu profonds. La palpation digitale me révéla une dureté presque ligneuse de toute l'amygdale. Le patient se plaignant de ne pouvoir avaler que très difficilement, je lui proposai l'ablation de l'amygdale que je fis séance tenante à l'anse chaude, sans hémorrhagie. Je prescrivis des gargarismes fréquents et recommandai au malade de venir me voir, surtout si une manifestation quelconque se produisait, soit du côté de la gorge, soit du côté de la peau ; car, je songeais à un accident syphilitique primitif sans être cependant bien convaincu.

La cicatrisation se fit dans d'excellentes conditions, je revis le malade huit jours plus tard, l'escharre était à peu près partie. Je ne prescrivis aucun traitement général, quoique les ganglions fussent restés tuméfiés.

Quinze jours plus tard, le malade revint me trouver se portant très bien, disait-il, si ce n'est qu'il ressentait un peu de gêne du fond de la gorge. — Je trouvai alors les piliers des deux côtés tapissés de plaques muqueuses. — Roséole manifeste de toute la poitrine que le malade n'avait pas vue. Je lui ordonnai des pilules de protoiodure, des gargarismes au sublimé ; depuis, je n'ai plus revu le malade.

OBSERVATION XIV

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Étienne.)

Ce cas concerne un homme arthritique, robuste ; a toujours été bien portant.

21 décembre 1898, M. X. . . ., souffre depuis environ 8 jours d'une douleur de gorge extrêmement intense, avec irradiations névralgiformes dans toute la moitié gauche de la face, les régions temporales et le cou. L'amygdale gauche est énorme, transformée en une masse dure à surface extérieure abrasée. Toute la région pharyngée, le voile du palais, etc., sont rouges, évidemment enflammés. Volumineux ganglion sous-maxillaire gauche.

26 décembre. Les jours suivants, les douleurs deviennent beaucoup plus intenses, avec exacerbations vespérales et diurnes absolument irrésistibles, exigeant impérieusement l'emploi des injections de morphine. Contraction des muscles du cou, torticolis. L'amygdale est encore volumineuse et enflammée.

4 janvier 1899. Mêmes accidents. La surface est abrasée et couverte d'un enduit grisâtre. L'état reste le même jusque vers le 25 janvier.

A cette époque, on assiste à la formation, dans la masse chancreuse, de plusieurs excavations assez profondes sur lesquelles à l'exploration on ne trouve pas de cicatrices. Les recherches bactériologiques des bacilles de Vincent sont négatives.

30 janvier. Cautérisation en surface. Les douleurs sont toujours aussi vives. L'inflammation générale bucco-pharyngée persiste et même l'amygdale droite a augmenté de volume, simulant vaguement l'aspect de l'amygdale gauche. Inappétence absolue, anoréxie. Etat général mauvais ; pâleur des téguments. Amaigrissement considérable. Insomnies. Asthénie profonde. Fièvre. Douleurs irradiées extrêmement vives à tout mouvement de déglutition.

2 février. Apparition de la roséole presque confluyente légèrement papuleuse. Tous ces accidents persistent jusqu'à la fin de février. Ce n'est qu'à cette époque que le chancre amygdalien décrit finit par disparaître.

Traitement interne par les injections d'huile grise et d'iodure de potassium. Depuis cette époque, la syphilis a évolué d'une façon

simple, le malade n'ayant plus présenté que quelques plaques muqueuses du pharynx.

2. Forme ulcéreuse.

OBSERVATION XV

(Due à M. le professeur DIEULAFOY.)

Cette observation concerne un homme qui me fut envoyé pour une gomme syphilitique de l'amygdale. Je reçus avec empressement le malade qui me raconta ce qui suit : depuis un mois environ il avait commencé à avoir mal à la gorge, accompagné de phénomènes généraux intenses : fièvre, frissons, courbature, épuisement, diarrhée, si bien que cet homme fut forcé de cesser tout travail. Remarquez, en passant, l'intensité de ces phénomènes généraux. Ne dirait-on pas que le sujet va commencer une fièvre typhoïde ? Il va dans un hôpital où l'on porte le diagnostic de gomme syphilitique, et on lui prescrit de l'iodure de potassium et quelques gargarismes. Au bout de quinze jours, n'allant pas mieux, le malade se rend de nouveau à l'hôpital où l'on fait une seconde fois le diagnostic de gomme syphilitique et où on l'exhorte à poursuivre son traitement.

Le malade entre alors à l'hôpital Necker, on l'examine et on constate sur l'amygdale droite une ulcération cratériforme, à fond jaunâtre, présentant, en effet, tous les caractères d'une gomme ulcérée. En outre le voile du palais est rouge vermillon ; mais, chose qu'on ne retrouve jamais dans la gomme syphilitique, du côté droit existe des ganglions volumineux et douloureux qui, au dire du patient, ont été plus volumineux encore. D'autre part, nous faisons déshabiller le malade et nous constatons une éruption maculeuse et papuleuse disséminée sur tout le corps ; sur le gland, des plaques muqueuses en assez grand nombre, les cheveux tombent. Il nous est facile alors de reconstituer l'histoire de cet homme, qui nous affirme que jamais il n'a été malade, sauf depuis un mois, époque à laquelle il a été contagionné par sa femme, qu'il sait être syphilitique. Le mal a débuté par la gorge, et ce n'est que consécu-

tivement que sont apparues les lésions du gland et de la peau. Ce n'était donc pas à une gomme que nous avions affaire, mais bien à un chancre de l'amygdale; chancre simulant à s'y méprendre une gomme, à ne s'en tenir qu'à l'aspect local. Peut-être me direz-vous que l'erreur ne tire pas à conséquence et que dans les deux cas le traitement est le même. Evidemment le malade aurait guéri aussi bien de sa gomme qu'il guérira de son chancre, mais quelle différence au point de vue de la contagion ! Nul danger dans le premier cas pour ce qui l'entoure ; nécessité, au contraire, dans le second, de prendre les précautions les plus minutieuses durant l'évolution tout entière des accidents secondaires.

OBSERVATION XVI

(Due à M. le professeur DIEULAFOY.)

Un homme me consulte pour un mal de gorge existant depuis 15 jours environ. Cette douleur, d'abord peu intense, avait été traitée par quelques gargarismes émollients ; mais, peu à peu elle augmentait progressivement pour aboutir à une dysphagie extrêmement pénible. Le malade avait aussi dès le début ressenti du malaise, des frissons, de la fièvre, et cela d'une façon assez prononcée pour l'empêcher de remplir ses fonctions de sergent de ville. Des ganglions volumineux étaient très rapidement apparus dans les régions sous-maxillaire et rétro-maxillaire du côté droit.

On a pensé d'une angine infectieuse : cette fièvre, cette courbature générale ne laissaient guère soupçonner un chancre de l'amygdale. A l'examen du pharynx, le voile du palais parut rouge, l'amygdale droite faisait saillie vers l'isthme du gosier, et présentait à sa surface une plaque rouge plus brillante, plus unie, bordée par un liseré irrisé légèrement marqué.

L'amygdale gauche était absolument saine. En aucun point il n'existait de fausses membranes.

L'existence de cette ulcération, d'une induration très nette, constatée avec le doigt, la présence d'adénopathies multiples indolentes, tout concourait à nous conduire au diagnostic de chancre syphilitique de l'amygdale, qui devait, du reste, être confirmé par l'apparition d'une roséole caractéristique et par l'efficacité même du traitement spécifique. Trois semaines après, notre malade, com-

plètement guéri, ne conservait de son accident qu'une grosse amygdale et de la polyadénie.

Obligé, d'après les règlements du corps, auquel il appartient, de passer la visite du médecin, on constatait l'existence de cette amygdale volumineuse ; on portait le diagnostic d'hypertrophie amygdalienne, et l'on conseillait d'autre part l'ablation. Notre malade ne crut pas devoir se soumettre à l'opération sans nous avoir demandé au préalable notre avis.

Ainsi donc, l'erreur, dans ce cas, fut commise, alors, il est vrai, que le chancre était guéri.

Mais cette erreur devait être assurément évitée pour plusieurs raisons, entre autres par la suivante : les deux amygdales étaient, à ce moment, couvertes de plaques muqueuses ; en admettant même que ces plaques eussent fait défaut, il suffisait de se rappeler que l'hypertrophie amygdalienne ne donne jamais lieu à l'adénite. On devait donc se méfier de cette grosse amygdale et faire un diagnostic précis par l'interrogatoire du patient.

OBSERVATION XVII

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur G. MICHEL.)

Ce cas concerne une femme âgée de 25 ans. Toujours bien portante auparavant. Vue à la consultation externe de l'hôpital, elle se plaignait de maux de gorge, surtout très violents à la déglutition, durant depuis dix jours. Depuis huit jours elle présente une adénopathie, à droite du cou, très volumineuse, douloureuse au toucher. On constate l'existence d'un gros ganglion, très dur, et à côté un plus petit.

A l'examen de la gorge, on voit sur l'amygdale droite une ulcération à bords anfractueux en forme de cratère. Cette ulcération saigne facilement, ses bords sont indurés, couverts d'un enduit blanchâtre s'enlevant facilement. L'amygdale même est fortement hypertrophiée. L'amygdale gauche ne présente rien de particulier, sauf une légère rougeur.

L'état général très mauvais, accompagnée par asthénie, fièvre, insomnies, amaigrissement, inappétence. Les irradiations de douleurs dans l'oreille droite la font très souffrir. Dans trois semaines

nous assistons à l'apparition de la roséole et des plaques muqueuses. Donc nous posons le diagnostic de chancre amygdalien confirmé par l'apparition des accidents secondaires.

OBSERVATION XVIII

(Résumée par FRIVAS.)

La malade, âgée de quatre ans, fut admise à l'hôpital pour des maux de gorge. A l'examen du pharynx on trouva l'amygdale droite manifestement hypertrophiée ; sa face antérieure était le siège d'une ulcération à fond inégal, pénétrant dans le parenchyme de l'organe. Au toucher, l'amygdale était indurée. Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux étaient engorgés, mais indolents. Température normale. En raison du fait que deux sœurs de la malade ont été simultanément infectées de syphilis et vu l'aspect caractéristique de l'ulcération, son unilatéralité et l'engorgement ganglionnaire, l'auteur posa le diagnostic de chancre induré. Ce diagnostic a été confirmé par la marche ultérieure de la maladie.

OBSERVATION XIX

(BROUSSE.)

La nommée W... (Julia), fille soumise, âgée de 22 ans, entre à la clinique dermatologique le 20 juin 1892 pour des accidents secondaires de date récente.

L'interrogatoire ni l'examen direct ne montrent aucune trace d'accident primitif du côté des organes génitaux.

Mais la malade raconte que, 2 mois environ avant son entrée, elle a ressenti une douleur cuisante dans la gorge, particulièrement à gauche, bientôt accompagnée du développement d'une grosseur au niveau de l'angle sous-maxillaire du même côté.

A l'examen, on trouve, à côté des accidents secondaires buccaux, une lésion de l'amygdale gauche qui attire l'attention : cette amygdale, en effet, hypertrophiée, présente à sa surface un ulcère arrondi, recouvert d'un enduit blanc-jaunâtre, au niveau duquel le toucher permet de percevoir une induration pseudo-cartilagineuse qui s'étend à tout l'organe. En outre, *engorgement ganglionnaire*, notable à l'angle sous-maxillaire correspondant.

La malade soumise à un traitement général par les pilules de tannate de mercure et à des cautérisations locales par le nitrate d'argent, voit ses accidents rapidement disparaître et sort le 7 août complètement guérie.

OBSERVATION XX

(Empruntée à SZADEK, de Kieff.)

Célibataire, âgé de 40 ans, qui s'est présenté à ma consultation le 8 juin 1888. C'est un homme fort et robuste, qui déclare avoir toujours joui d'une parfaite santé jusqu'à son indisposition actuelle. Au commencement de mars 1888, sa gorge a commencé à devenir douloureuse et on a constaté l'existence d'un gonflement et d'une ulcération de l'amygdale droite. Ces symptômes résistent au traitement qui fut alors institué et en quelques jours les glandes du côté du cou commencent à gonfler et bientôt celles du côté opposé se prennent. Vers le 15 mai, le malade observe pour la première fois sur la figure une éruption papuleuse qui gagne le corps.

A l'examen de la gorge, je constate alors une vaste ulcération de l'amygdale droite, à contour irrégulier, avec des points de cicatrisation commençante; l'organe est induré et gonflé. Pas de traces d'accidents primaires sur les parties génitales ou sur toute autre partie du corps. Les glandes sous-maxillaires et post-auriculaires sont dures et très grosses; les glandes cervicales et axillaires sont également gonflées, mais à un degré moindre. Le corps, le front, le cuir chevelu, la face et les extrémités sont le siège de nombreuses papules et d'exfoliations épidermiques; je trouve aussi de l'alopecie syphilitique. Le traitement consiste en injections hypodermiques de salicylate de mercure. Après quinze injections, l'exanthème a presque complètement disparu et l'ulcération de l'amygdale est complètement cicatrisée.

OBSERVATION XXI

(SZADEK, de Kieff.)

Homme marié, âgé de 32 ans, qui ne peut en rien expliquer la cause de sa maladie, dont le début remonte à octobre 1880. A l'examen, j'ai constaté un gonflement considérable de l'amygdale

droite, qui présente à sa surface une ulcération profonde, recouverte d'une sécrétion grisâtre et pultacée..... Rien à constater ailleurs, si ce n'est une adénite sous-maxillaire correspondante et très développée. Le véritable diagnostic est étayé six semaines plus tard par l'apparition d'une éruption papuleuse, qui envahit le corps et les extrémités.

OBSERVATION XXII

(SZADEK, de Kieff.)

Ce cas est observé chez un manoeuvre âgé de 40 ans, qui s'est présenté à moi vers le milieu de mai 1890. Le malade qui est très robuste n'a jamais eu jusqu'alors aucun accident vénérien. Au commencement de mai 1890, sa gorge devient douloureuse et se gonfle. L'amygdale droite est tuméfiée vers le milieu de sa surface, et on y aperçoit une ulcération à bords bien définis, que couvre une plaque noirâtre de tissu sphacélé; les parties environnantes sont gonflées et fournissent au toucher la sensation d'une grande dureté. L'adénite sous-maxillaire est énorme et légèrement douloureuse. Un traitement mercuriel intus et extra est institué. Deux semaines après, le corps se couvre de macules et bientôt l'adénopathie devient générale.

OBSERVATION XXIII

(SZADEK, de Kieff.)

Ce cas est celui d'un homme, âgé de 25 ans, qui m'a consulté le 7 août 1890. Sans aucun antécédent vénérien, il a commencé à souffrir de la gorge quatre jours auparavant. L'examen révèle une ulcération profonde, à contours irréguliers, de l'amygdale droite, qui est indurée. Les glandes sous-maxillaires sont tuméfiées et douloureuses; on ne trouve aucun autre gonflement ganglionnaire. Sur la verge, ou ailleurs, je ne trouve ni ulcération, ni éruption quelconque. Le malade prend trois ou quatre grains par jour de tannate de mercure. Vers le milieu de septembre 1890, d'autres glandes lymphatiques se prennent et il se fait une éruption papuleuse. Le malade est soumis pendant deux mois à un traitement spécifique, mais sans effet bien marqué sur l'ulcération de l'amygdale qui a résisté assez longtemps au traitement et était à peine guérie vers le milieu d'octobre.

OBSERVATION XXIV

(HARDY. Résumée.)

ÉRUPTION SYPHILITIQUE A FORME RARE, CONSÉCUTIVE A UN CHANCRE AMYGDALIEN

Un homme de 32 ans, passementier ; il y environ 6 semaines, il a eu un mal de gorge assez intense, caractérisé surtout par de la dysphagie et des efforts constants d'expuition ; plus tard, toux et gonflement assez notable du côté droit de sa mâchoire.

Depuis 10 jours, éruption de taches saillantes, les unes vésiculeuses, les autres papulaires et entourées d'une aréole rouge, semblables à celles de la variole, soit au début, soit à la période de desquamation. Pas de démangeaison ni cuisson. La couleur rouge particulière, un peu foncée, tirant sur le brun, n'a rien de commun avec la rougeur inflammatoire franche. A la loupe, on trouvait qu'elle était composée de plusieurs éléments de nature différente : les uns formant des saillies pleines, des plaques lenticulo-papuleuses ; les autres représentant des éminences terminées à leur sommet par de petites pustules entières en certains endroits, affaissées et déjà recouvertes de croûtes. Enfin, à côté de ces papules pustuleuses, on trouvait quelques saillies disséminées ; au milieu de ces lésions de nature différente, apparaissaient çà et là d'autres taches non saillantes, exanthématiques, et ressemblant en tous points à celles de la roséole syphilitique. La présence des ganglions nous assure sur l'origine syphilitique de cette éruption.

Plaques muqueuses sur le prépuce ; rien aux lèvres ; à la gorge, sur l'amygdale droite on voit une petite ulcération en manière de fente, d'un fond grisâtre et entourée d'une rougeur assez vive. Il n'a jamais eu un chancre à la verge, ni des ganglions inguininaux. Après avoir insisté sur l'interrogatoire, il nous dit qu'au moment de son mal de gorge il avait eu un commencement de gonflement de la région parotidienne droite. Donc syphilide polymorphe. Cette syphilide est rebelle.

OBSERVATION XXV

(Publiée par M. J. ARSLAN, de Padoue.)

Chancres de l'amygdale gauche. — T. A. . ., de Padoue, couturière, âgée de 23 ans, se présente le 14 mars 1896, dans notre section de la Polyclinique; elle éprouve des douleurs à la gorge, notamment du côté gauche, s'étendant jusqu'à l'oreille et persistant depuis un mois environ. Pas de fièvre, légère céphalée nocturne, Elle est d'une constitution robuste et n'a eu aucune maladie importante. Les muqueuses sont un peu pâles: adénite sous-maxillaire.

Examen de la gorge. — Dans la partie inférieure de l'amygdale gauche, on remarque une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, recouverte d'un exsudat grisâtre, à bords rouges et inclinés: la base de l'ulcère est de consistance très dure. Toute l'amygdale gauche est également très tuméfiée.

Je prescris la cure mercurielle. Le 26 du même mois, sentant une aggravation imprévue et éprouvant des douleurs, elle s'adresse à un médecin qui enlève toute l'amygdale gauche. Quelques jours après, elle revient à notre clinique avec les manifestations secondaires: roséole très visible, polyadénie développée, plaques muqueuses à la gorge, aux organes génitaux, chute des cheveux. A l'endroit du chancre (enlevé) existe une cicatrice entourée de plaques. Nous insistons sur le traitement mercuriel, en y ajoutant de l'iodure de potassium. A partir de ce jour, l'état de la malade s'améliore rapidement, et au bout de quatre mois tous les symptômes secondaires de l'infection syphilitique avaient disparu.

3. Formes diphtéroïde et gangréneuse.

OBSERVATION XXVI

(Due à M. le Professeur DIEULAFOY.)

Le cas est d'une jeune femme, couturière, soignée en ville avant son entrée à l'hôpital par un de mes externes; elle se plaignait alors d'un mal de gorge intense et, à l'examen, on avait constaté

l'existence d'un revêtement pseudo-membraneux de l'amygdale gauche. En même temps, il avait existé un peu de malaise, avec fièvre et courbature, si bien qu'il était tout naturel de penser à une angine infectieuse et même, eu égard à l'adénopathie, à une angine diphtérique.

La recherche du bacille diphtérique fut, du reste, négative à l'examen microscopique aussi bien que sur les cultures. Le revêtement pseudo-membraneux persistant sur l'amygdale gauche, sans avoir du reste aucune tendance à s'étendre, on pensa à un chancre de l'amygdale et on admit la malade à l'hôpital. Au moment de son entrée, l'amygdale gauche ne présentait plus de fausses membranes ; elle était seulement volumineuse, rouge, un peu ulcérée, au toucher, elle était dure. Du côté gauche on trouvait des ganglions rétro-maxillaires, peu volumineux, mais durs, indolents, roulant sous le doigt, et bientôt des plaques muqueuses des lèvres, de la vulve venaient confirmer notre diagnostic. La malade fut soumise au traitement mercuriel et sortit de l'hôpital guérie de son chancre mais conservant toujours un peu d'adénite.

Dans ce cas nous avons eu affaire à un chancre diphtéroïde, et ce chancre avait simulé à tel point une fausse membrane qu'il avait conduit à l'ensemencement. Grâce à la culture on avait pu écarter la diphtérie ; mais on voit ici la difficulté du diagnostic si l'on n'eût songé à la syphilis.

OBSERVATION XXVII

(Ire du mémoire LEGENDRE.)

Jeune homme de 25 ans, se présente à la consultation le 22 février 1884 pour un mal de gorge. D'une très mauvaise mine, il avait ses traits tirés, son teint jaunâtre. Fatigue extrême, malaise indéfinissable, ne peut pas se tenir debout sans éprouver des vertiges. Cela dure depuis une douzaine de jours. Perte complète d'appétit, frissons érotiques, nasonnement, gonflement du cou.

A l'examen de la gorge on constate l'état suivant : le voile du palais, les piliers et l'amygdale gauche étaient le siège d'une légère rougeur. L'amygdale droite plus volumineuse que sa congénère, présentait sur sa face interne et sa partie antérieure un exsudat épais, grisâtre, assez adhérent et exhalant une très mauvaise odeur,

ainsi que l'haleine. La langue est couverte d'un enduit saburral épais.

Adénopathie sous-maxillaire caractéristique.

Nous pratiquons plusieurs attouchements avec un pinceau de charpie imbibé de jus de citron sur l'amygdale suspecte ; le pinceau ramène un détritüs grisâtre, fétide, assez cohérent et très différent des enduits pultacés, mais différent aussi de la couenne diphtérique. On ne peut réussir à déterger complètement la surface de l'amygdale, qui se présente sous l'aspect d'une excavation inégale, anfractueuse, à bords irréguliers, tapissés par une couche épaisse d'une matière visqueuse d'un gris verdâtre.

Température = 38° ; pouls = 100. Au bout de quelque temps de traitement, l'état général est resté le même. Alimentation difficile.

Le 27 février. Légère amélioration.

Le 28 février. Certaine gêne douloureuse vers l'amygdale gauche qui est assez rouge et sur laquelle on voit deux ou trois points grisâtres, très limités, arrondis, ressemblant aux vésicules d'herpès flétris.

Le 1^{er} mars. L'amygdale droite est de nouveau couverte d'un exsudat gris-verdâtre comme au début ; la gauche est normale.

Le 3 mars. Apparition d'une éruption caractéristique.

Le 4 mars. L'ulcération amygdalienne s'est en partie détergée, elle semble un peu moins profonde, ses bords sont saillants et un peu crénelés. Induration assez accentuée. Le malaise fébrile existe toujours, accompagné par des douleurs de tête qui s'exaspèrent le soir.

Une pilule de protoiodure de 0,03 centigrammes est donnée chaque jour concurremment avec la potion de Todd et l'extrait de quinquina. Les jours suivants la céphalée devient très pénible.

18 mars. L'amygdale droite est en voie de guérison. Sur l'amygdale gauche apparaît une plaque muqueuse. Les ganglions cervicaux droits sont très diminués de volume ; celui qui était sous l'angle de la mâchoire est encore assez gros, indolent.

Le 20 mars. Le malade exige sa sortie dans l'intervalle de deux visites.

OBSERVATION XXVIII

(MAURIAC.)

Les symptômes de ce cas étaient ceux de l'angine la plus aiguë et la plus douloureuse. On apercevait entre les deux piliers une large surface d'un rouge foncé, anfractueuse, recouverte de lambeaux sphacelés exhalant une odeur gangréneuse. En palpant extérieurement la région de l'amygdale et en portant intérieurement sur la glande l'index de l'autre main, on sentait une masse dure, ligneuse, immobilisée dans une atmosphère de tissus cellulaires infiltrés. Les ganglions parotidiens étaient durs et volumineux. La guérison fut longue à obtenir et n'eut lieu que longtemps après les phénomènes consécutifs de la maladie constitutionnelle.

OBSERVATION XXIX

(BROCQ, in mém. LEGENDRE).

Louis G. . . , peintre sur porcelaine, entre à l'hôpital le 20 décembre 1880 pour un mal de gorge. Le malade nous présente des antécédents scrofuleux.

Sa maladie actuelle a débuté il y a un mois, par des frissons, de la céphalalgie, de l'anorexie et une adénite de la partie droite du cou. L'isthme du gosier est rouge, la luette est refoulée à gauche par l'amygdale droite. Celle-ci est tuméfiée, granuleuse vers la base de la langue, mais présente à sa partie supérieure, à demi cachée par le pilier antérieur, une plaque noirâtre, d'aspect sphacélique, large de 1 centimètre environ dans tous les sens, à bords assez nettement délimités ; entre eux et le reste de l'amygdale existe une sorte de sillon d'élimination rempli de pus. Il nous semble donc incontestable que nous sommes en présence d'une eschare de l'amygdale droite. Le soir même on institue un traitement.

Le 22. Amélioration sensible.

Le 27. On cesse toute intervention active. Tous les symptômes disparaissent, sauf le gonflement et la rougeur de l'amygdale droite.

Depuis le jour de l'entrée, la température a été normale ; le

pouls a 94 par minute. La voix était sourde, la respiration facile, l'haleine fétide. Au moment de sa sortie, l'appétit est revenu.

A ce moment, nous étions assez hésitants pour le diagnostic. Le malade fut rencontré le 19 janvier à la consultation de M. Laillier, par M. R. Moutard-Martin. On lui avait enlevé son amygdale, mais il avait conservé sa pléiade ganglionnaire gauche, indolente, comme l'autre. Enfin, il présenta *une roséole nettement syphilitique* sans qu'on put trouver *aucune trace de chancre sur aucun point du corps*. En présence de cette situation, M. Moutard-Martin n'hésita pas à affirmer que la prétendue angine gangréneuse observée par nous n'était autre chose qu'un chancre de l'amygdale.

4. Forme bilatérale.

OBSERVATION XXX

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur RAOULT.)

CHANCRE BILATÉRAL

M. W..., âgé de 27 ans, représentant de commerce, vient se présenter dans mon cabinet le 2 mars 1899 ; il se plaint de la gorge, a une peine très grande à avaler et il se plaint aussi des mouchets des mucosités purulentes. Il raconte qu'il a commencé à souffrir des maux de tête vers la fin de novembre 1898 en revenant de faire sa période de 28 jours (pendant cette période il aurait eu un coït suspect). Les maux de tête s'accroissent vers le mois de janvier et vers le 15 il commence à souffrir de la gorge ; à cette époque aussi commencent à apparaître les masses ganglionnaires de la région sterno-mastoïdienne des deux côtés. Il n'a pas regardé sa gorge, il ne s'est jamais rendu compte de la tuméfaction des amygdales ; il se plaint surtout d'une grande gêne, d'une raideur de toute la gorge au moment de la déglutition. En raison de cette gêne il n'avale, et encore péniblement, qu'un peu de liquide, aussi est-il très affaibli et très amaigri. Depuis une huitaine de jours est apparue une ulcération superficielle sur la lèvre inférieure près de la commissure gauche. Le malade présente encore la moucherie purulente mentionnée plus haut.

A l'examen de la gorge on trouve les deux amygdales très volumineuses, rouges, enserrées dans les piliers du voile, eux-mêmes violemment congestionnés. Ces deux saillies obstruent presque complètement l'isthme du gosier. La partie visible de chaque amygdale est ulcérée. Cette ulcération est rouge, vive, peu profonde, à bords irréguliers, coupée çà et là d'incisures qui ne semblent être autre chose que les lacunes dilatées de l'organe.

Par le toucher bidigital on trouve ces amygdales extrêmement dures et résistantes.

Le long du sterno-mastoïdien, de chaque côté, on trouve une série de ganglions en grappes, partant de l'angle de la mâchoire et descendant environ à 3 travers de doigt du creux sus-claviculaire. Parmi ces ganglions, aussi bien à droite qu'à gauche, le ganglion angulaire est le plus gros; il atteint le volume de l'extrémité du pouce. Tous ces ganglions roulent sous le doigt et sont parfaitement isolables les uns des autres; ils sont aussi complètement indolores à la pression. Ces masses ganglionnaires forment de chaque côté du cou une saillie, très appréciable au premier aspect ce qui ennuie beaucoup le malade.

Nous faisons déshabiller le malade et trouvons le corps couvert d'une superbe roséole de l'existence de laquelle il ne s'était aperçu.

J'instituais de suite le traitement antisiphilitique au moyen des injections d'huile grise que je répétais environ tous les 8 jours; je fis 8 injections. Peu à peu les accidents se dissipèrent; la roséole et la plaque muqueuse de la lèvre disparurent les premières. Au bout d'un mois l'ulcération du chancre était presque comblée mais il restait encore du gonflement des amygdales et de l'adénopathie. La déglutition devint facile et le malade reprit des forces et de l'embonpoint. Au cours du traitement il a paru une plaque muqueuse sur l'amygdale gauche, au point où était précédemment le chancre, mais elle ne tarda pas à disparaître. L'adénopathie était encore un peu sensible au bout du troisième mois.

Il nous paraît incontestable qu'il s'est agi dans ce cas d'un double chancre amygdalien étant donné : 1^o la simultanéité des deux ulcérations; 2^o l'induration qu'elles présentaient et 3^o les caractères de l'adénopathie des deux côtés.

OBSERVATION XXXI

(JULLIEN.)

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui, il y a deux mois et demi, forma, avec les lèvres, les seins d'une de ses cousines ; elle se livra ainsi à des manœuvres de suctions violentes et prolongées. Or, cette cousine était syphilitique, ayant contracté la maladie de son mari, et l'enfant était venu au monde couvert de plaques et d'ulcères. Il est assez difficile de décider si la contagion fut directe ou indirecte, produite par une lésion syphilitique du mamelon ou le dépôt du virus sur ce mamelon par la bouche de l'enfant. Mère et enfant ont tous deux succombé peu après.

Quoiqu'il en soit, la malade est entrée dans mon service le 1^{er} mars, avec la syphilide floride la plus intense, une roséole confluyente généralisée. Or, cette fille est vierge ; elle présente même une imperforation des organes internes : absence de vagin, matrice infantile, pas de moliment menstruel.

L'accident primitif doit être cherché dans la cavité buccale, et il est double, siégeant sur chaque amygdale. Ces chancres ont passé absolument inaperçus de la malade, bien qu'appartenant à la forme ulcéreuse et ayant une étendue considérable. Ils se présentent sous la forme d'un ulcère à fond anfractueux, couleur saumon, avec des bords durs et élevés, empiétant un peu sur le voile du palais et plaqués çà et là de surfaces argentées. Le système ganglionnaire est abondamment imprégné : les deux ganglions de l'angle de la mâchoire, les prés-mastoïdiens, les sous-mentonniers, la plupart des cervicaux, même les sus-claviculaires, ce qui s'expliquerait par le tempérament particulier de la malade, qui a beaucoup souffert dans l'enfance d'adénites tuberculeuses.

OBSERVATION XXXII

(MONEL.)

CHANCRE BILATÉRAL DES AMYGDALES.

Il s'agit d'une femme qui présente les lésions suivantes :

« L'amygdale droite est largement ulcérée et comme ouverte de haut en bas dans une étendue de 3 centimètres, elle est remplacée

par une anfractuosité profonde avec une large fissure au centre. Cette ulcération qui mesure 1 centimètre et demi de largeur, est limitée par des bords surélevés, épais, durs et irréguliers. A la partie supérieure proémine comme un moignon d'amygdale, formant un promontoire surplombant le reste de l'ulcération. Le fond de cette ulcération est généralement plat et recouvert d'une couenne jaune blanchâtre. »

A gauche, même ulcération mais à base plus considérable. Le pilier postérieur de ce côté est englobé dans l'ulcération et recouvert en grande partie par la couenne.

Adénite sous-angulo-maxillaire bilatérale, symétrique, indurée, indolore, du volume d'une grosse amande.

Sur le tronc existe des éléments érythémateux et papuleux, de couleur jambonnée, surtout confluents au niveau de la ceinture. Au niveau de la commissure supérieure de la vulve et de la grande lèvre gauche se trouvent trois éléments papuleux. Autour de l'anus, entre les plis radiés, nombreuses syphilides papulo-érosives.

Les accidents amygdaliens ont précédé de 37 jours les accidents cutanés et vulvaires.

Sous l'influence d'injections de calomel les ulcérations amygdaliennes se sont rapidement nettoyées et déblayées, ce qui fournit un appoint de plus au diagnostic.

5. Chancre des piliers.

OBSERVATION XXXIII

(Publiée par M. MAURIAC, dans son *Traitement de la Syphilis*.)

CHANCRE DU PILIER POSTÉRIEUR

Quarante-trois jours juste après avoir eu des rapports avec une femme syphilitique, mais qu'il croyait guérie, le malade commença à éprouver un peu de malaise général et de douleur à la gorge, qui ne tardèrent pas à se calmer. Mais, 7 jours après, l'angine devint plus accentuée et il se forma très vite, un peu en arrière de l'isthme, à gauche, un foyer de souffrances atroces d'autant plus extraordinaires que la lésion n'était nullement en rapport avec elles. Pen-

dant plusieurs jours, on ne la découvrit même pas. A la longue, un laryngoscopiste finit par apercevoir, derrière le pilier postérieur, une ulcération qu'il prit pour une manifestation d'ordre tertiaire ; mais le malade n'avait jamais eu la syphilis. Beaucoup de médecins furent consultés ; aucun ne supposa qu'il s'agissait d'une syphilis primitive gutturale. Il n'y eut jamais le moindre engorgement cervical derrière l'angle de la mâchoire. S'il s'était produit, on l'aurait facilement constaté, car le malade naturellement maigre, le devenait de plus en plus par le fait de cette grave angine.

Une douleur violente au siège du mal, s'exaspérant dans la déglutition, mais surtout une douleur atroce qui poussait en droite ligne d'horribles irradiations dans l'oreille correspondante. Cette otalgie réflexe devint tellement grave que le patient consulta un médecin auriste, lequel ne découvrit aucune lésion dans l'appareil auditif. L'ouïe, du reste, était restée intacte.

D'autres irradiations descendaient vers le larynx et suscitaient des quintes de toux spasmodique et une abondante sécrétion de mucosités pharyngo-laryngiennes, qui cessait après les crises de douleurs.

Il y avait aussi des paroxysmes plus accentués le soir et la nuit que le jour. Le côté droit de la gorge fut un peu pris, mais beaucoup moins que le gauche.

Affreusement torturé par ces épouvantables douleurs qui le rendaient presque fou, le malade eut recours à tous les calmants, et il n'y eut que les piqûres de morphine qui le soulagèrent. Un centigramme de chlorhydrate de morphine, injecté dans les fesses, calmait, paraît-il, ou faisait disparaître presque instantanément les douleurs fixes ou irradiantes. Ce qui procura aussi un grand soulagement, ce fut l'iodure de potassium et les badigeonnages avec de l'iodoforme à saturation dans du chloroforme.

Tous les médecins consultés, déclarèrent qu'il ne s'agissait point là d'un chancre. Et, cependant, 45 jours après l'apparition de l'angine, toute la peau se couvrit d'une éruption papulo-érythémateuse confluente sur laquelle il n'y avait pas à se tromper. A peine existait-elle que le malade vint me consulter. Sans préambule, il se découvrit le front, et me dit : « Qu'est-ce que j'ai là ? » — Une syphilide, répondis-je tout de suite, sans aucune hésitation. Il me raconta ensuite l'histoire qui précède et que j'ai résumée dans ce qu'elle a d'essentiel.

OBSERVATION XXXIV

(BROUSSE.)

CHANCRE DU PILIER ANTÉRIEUR

A... (Antoine), plâtrier, âgé de 20 ans, entre le 8 janvier 1894 à la clinique dermatologique. C'est un sujet amaigri, profondément anémique, présentant une tuméfaction notable au niveau de l'angle gauche de la mâchoire inférieure. Cette tuméfaction s'est développée il y a un mois et demi et a atteint même à une certaine période le volume du poing.

Mais son apparition avait été précédée, une quinzaine de jours auparavant, d'une douleur vive brûlante dans la gorge, rendant très pénible la déglutition, en particulier celle des liquides. Ce mal de gorge persiste encore, mais moins accentué que dans les débuts. Eruption sur la poitrine et les membres.

Comme antécédents : hérédité tuberculeuse du côté maternel, et le malade présente lui-même les attributs d'un lymphatisme assez accentué.

A l'examen, voici ce qu'on constate : au niveau de l'angle gauche du maxillaire inférieur, et s'étendant en arrière de la branche montante, jusqu'au-dessous du lobule de l'oreille, tumeur arrondie, de consistance dure, du volume d'une demi-orange, constituée par une masse ganglionnaire hyperplasiée.

Du côté de la bouche, à côté de quelques petites plaques muqueuses, on trouve dans l'arrière-gorge, assez fortement hyperhémie, une lésion intéressante : sur le pilier antérieur gauche se voit une sorte de *croissant ulcéré*, luisant, en voie de réparation, offrant au toucher une dureté pseudo-cartilagineuse ; l'amygdale sous-jacente, notablement hypertrophiée et légèrement indurée, ne présente aucune trace d'ulcération et a conservé sa forme et son aspect normaux.

Roséole papuleuse sur le tronc et les membres. Sur la verge, aucune trace d'accident primitif ; on y trouve quelques éléments papuleux récents.

Le malade est soumis au traitement reconstituant par l'huile de foie de morue. Une amélioration notable apparaît au bout de quelques jours.

OBSERVATION XXXIV bis

(Résumée. BROUSSE.)

CHANCRE AMYGDALIEN MIXTE

L... (Marie), fille soumise, âgée de 31 ans, entre dans le service le 24 avril 1895.

Cette femme, qui a débuté très jeune dans la vie galante, a présenté, à l'âge de 14 ans, sur la partie droite du pénil, un chancre mou phagédénique qui a laissé une cicatrice rayonnée à bords irréguliers, des dimensions d'une pièce de 2 francs, et qui se complique d'un bubon suppuré dont on retrouve aussi la trace dans l'aîne droite. En dehors de cet accident vénérien, elle affirme n'avoir jamais présenté aucune manifestation syphilitique.

Au commencement d'avril, cette année, elle éprouve dans la gorge un sentiment de cuisson accompagné d'une gêne de la déglutition; en s'examinant, elle s'aperçoit que le fond du gosier est rouge et que l'amygdale droite est augmentée de volume; dix jours après, l'amygdale se recouvre d'un enduit pultacé.

Au moment de son entrée, elle a la voix légèrement cassée, elle n'accuse pas de douleur dans l'arrière-gorge, mais une certaine gêne dans les mouvements de déglutition.

A l'examen de la gorge, on trouve l'amygdale droite hypertrophiée et hyperhémisée; sa partie saillante est occupée par une *ulcération ronde*, à bords réguliers, de la dimension d'une pièce de 20 centimes. Cette ulcération occupe par sa plus grande étendue l'amygdale, mais elle empiète par son bord antérieur sur le pilier antérieur qui, dans toute sa longueur, est rouge et luisant. L'ulcération est recouverte d'un enduit pultacé épais et jaunâtre; elle est limitée à sa périphérie par un cercle de couleur violacée tranchant sur les parties voisines. Le toucher permet de constater qu'elle repose sur une base indurée, de consistance pseudo-cartilagineuse.

Sous l'angle correspondant de la mâchoire, adénopathie caractéristique.

Traitement général par les pilules de gallate de mercure et traitement local par des attouchements avec la solution à 1 0/0 de nitrate acide de mercure.

Au bout de quelques jours, guérison.

Lorsque la malade sort, le 31 mai, l'ulcération est complètement cicatrisée, et il ne reste plus qu'un petit nodule induré, en arrière du pilier. Cette femme rentre de nouveau, huit jours après, dans le service, pour une ulcération spécifique de la marge de l'anus, ce qui confirme bien le diagnostic de syphilis.

6. Formes rares et graves.

OBSERVATION XXXV

(Due à M. le professeur FOURNIER, in thèse BAUDOUIN.)

SYPHILIS MALIGNE CONSÉCUTIVE A UN CHANCRE AMYGDALIEN.

C. . . , chancre de la gorge, mal traité au début (emplâtre mercurel ?) Six mois après, syphilides ulcéreuses des avant-bras.

Quatre ans après, syphilides ulcéreuses du palais (en octobre 1872), guéries par l'iodure.

En mai 1873. Paralysie des jambes, bientôt guérie, mais suivie de faiblesse ; peu après, début d'ambliopie qui devient progressive. Périnévrite double.

Au début des manifestations médullaires, rachialgie intense pendant 8 jours, vertiges ; vomissements incoercibles de tous les aliments, pendant plus d'un mois. Traitement : mercure (frictions) et iodure de potassium, collyre.

6 janvier 1874. Douleurs du dos et de la tête, vomissements.

Le 26. Faiblesse, douleurs dans les reins, vue moins bonne. Les frictions qui avaient été interrompues sont reprises, avec traitement tonique.

Le 28 février. Le malade s'est trouvé mal, sans perdre connaissance, impossibilité subite de marcher. Il a beaucoup maigri, est pâle, titube sur ses jambes, il hésite pour les lever, pour tourner ; titubation latérale surtout, équilibre mal assuré. Allure amaurotique, ne voit plus à lire, ne voit rien au spectacle. Intelligence conservée.

Serre mal ou peu, moins surtout de la main gauche. Tout cela date de février environ, le malade aurait eu un premier accès semblable déjà il y a huit jours. Dans ces derniers temps, il aurait eu

de très violentes douleurs de tête qui furent soulagées par l'iodure de potassium. On diagnostique : Affection cérébro-spinale de la base (cérébelleuse ?) et on prescrit frictions : 4 gr. iodure, 3 cuillérées d'une potion à 25 pour 500, un purgatif chaque semaine, ventouses.

Amélioration consécutive des phénomènes médullaires, *statu quo* pour les troubles visuels.

OBSERVATION XXXVI

(MERKLEN.)

CHANCRE DE L'AMYGDALE AYANT SIMULÉ UN ÉPITHÉLIOMA
CHEZ UNE FEMME AGÉE DE 64 ANS.

L. . . , journalière, âgée de 64 ans. entre à l'hôpital le 14 juin 1881 pour une gêne croissante de la déglutition. Nous constatons en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur du côté gauche, une tuméfaction considérable, dure, lobulée, indolore, commençant au niveau du lobule de l'oreille pour dépasser inférieurement l'angle de la mâchoire. L'amygdale gauche paraît être détruite par une ulcération profonde, anfractueuse, à fond bourbillonneux. La muqueuse des piliers est tuméfiée et donne au doigt la sensation d'une dureté ligneuse. Douleurs de nature à empêcher la déglutition.

Antécédents absolument négatifs. Sur le corps on constate quelques papules cuivrées, siégeant à la paume des mains et sur l'abdomen, mais très rares pour ne pas en tenir compte.

L'idée première venant à l'esprit était celle d'un épithélioma de l'amygdale ; cependant l'indolence relative et les caractères objectifs de l'ulcération amygdalienne étaient bien en faveur d'une affection syphilitique, d'un accident tertiaire, hypothèse en désaccord avec cette adénopathie parotidienne et sous-maxillaire qui dominaient en quelque sorte la scène morbide. M. le professeur Verneuil conclut qu'il s'agissait probablement d'un épithélioma de l'amygdale, ainsi que semblaient l'indiquer l'âge et l'adénopathie, mais épithélioma évoluant sur un terrain syphilitique, d'où l'indolence de l'ulcération, affection mixte, hybride que les résultats du traitement ioduré permettraient de caractériser définitivement.

Après un traitement antisypilitique, suit une amélioration notable à part la persistance de la tuméfaction des tissus avoisinants. Le 11 juillet l'amygdale ne présente plus aucune altération, la malade, se trouvant guérie, réclame son exeat.

Elle revient à la consultation le 23 juillet pour nous faire constater sa guérison complète ; il reste, il est vrai, une certaine induration scléreuse de la muqueuse pharyngienne au niveau des anciennes lésions, mais la guérison n'en peut pas moins être considérée comme définitive.

Le cas ne manquait pas de nous embarrasser au point de vue de son interprétation précise et nous pensions le publier sous toutes réserves comme exemple rare de syphilide tertiaire avec adénopathie, quand la malade vint se représenter à la consultation du 16 septembre avec un accident nouveau qui nous fit admettre comme vraie une hypothèse qu'au début nous avions écartée comme improbable. Nous transcrivons nos notes :

La malade se présente avec un léger mal de gorge. Tuméfaction légère, dure et rosée de la muqueuse comme à sa sortie. Mais nous constatons au niveau de la commissure labiale gauche une plaque muqueuse qui date depuis 6 semaines. Chapelet ganglionnaire assez développé ; la santé générale est excellente.

Donc, il s'agissait d'un chancre de l'amygdale ; les caractères et la marche de l'ulcération et de l'adénopathie, l'apparition d'une éruption papuleuse discrète et d'une plaque muqueuse aux lèvres sont autant d'éléments concordants qui permettent de porter un diagnostic précis et définitif.

OBSERVATION XXXVII

(Publiée par M. Y. ARSLAN, de Padoue.)

CHANCRE SYPHILITIQUE INTRA-TONSILLAIRE GAUCHE.

En mai 1894, se présenta chez nous une dame de Padoue, âgée de 30 ans, nous disant qu'elle avait eu de fortes douleurs à la gorge, du côté gauche il y avait un mois ; elle fut soignée par son médecin pour une forme d'angine aiguë.

En quelques jours ses souffrances avaient diminué ; cependant, il lui restait un peu de douleur localisée à l'amygdale gauche, d'où sortait de temps en temps de la matière purulente

La patiente ne fit aucune attention à cet état jusqu'au jour où elle commença à remarquer une recrudescence de ses souffrances, soit une semaine avant sa visite chez nous ; dysphagie très prononcée, gonflement de la gorge (amygdale gauche), fièvre, gonflement de la région sous-maxillaire gauche. Aucun antécédent héréditaire. Elle fut toujours robuste. Elle a deux fils qui se portent très bien. Elle était abattue. Voix gutturale caractéristique des formes aiguës des amygdalites. La région sous-maxillaire gauche est fortement tuméfiée et très douloureuse à la palpation ; on sent bien nettement, à droite, le gonflement des glandes.

Après cocaïnisation pour vaincre le trismus, on observe que l'amygdale gauche est énormément gonflée, hyperhémée, elle dépasse la luette vers le côté opposé, elle présente au toucher une sensation de fluctuation ; ce maniement est assez douloureux pour la patiente. Sur sa surface, malgré la tension on remarque des petits points blanchâtres qui correspondent aux petites ouvertures des cryptes. Le pharynx ainsi que l'amygdale droite sont hyperhémées avec œdème.

En présence de cette symptomatologie, nous posons le diagnostic d'*abcès tonsillaire récidivant aigu*.

Par suite de l'heure avancée, l'opération est renvoyée au lendemain ; je prescrivis, en attendant, des antiseptiques et antiphlogistiques. Le lendemain matin, je procède à l'excision de l'amygdale, il sort quelques gouttes de pus blanc grisâtre sous forme de détritüs. Le crochet exciseur rencontre une cavité à parois dures, qui se met à découvert, ce qui nous permet d'arracher avec notre pince à morcellement la partie superficielle de l'amygdale.

Je constate alors facilement une ulcération profonde creusée dans le tissu amygdalien, à bords découpés, très durs, à surface recouverte d'un exsudat grisâtre.

Le lendemain de l'opération, je puis limiter nettement l'ulcère et me rendre compte de sa consistance spéciale. Les glandes sous-maxillaires gauches sont très enflées. Polyadénie. Soupçonnant l'existence d'un chancre, nous soumettons la patiente sans perdre de temps, à une énergique cure mercurielle.

Rapide amélioration de tous les symptômes ; disparition de toute irritation de la gorge. Les caractères du chancre apparaissent toujours plus distincts et plus nets. Comme confirmation de notre

dernier diagnostic apparaissent les manifestations secondaires de la syphilis (plaques, roséole, chute des cheveux, migraine, etc.)

Après trois mois de traitement, la malade était complètement guérie et elle continue à jouir de la meilleure santé jusqu'à présent.

OBSERVATION XXXVIII

(In thèse Baudouin.)

CHANCRE DE L'AMYGDALE (?). — SYPHILIDE PAPULO-SQUAMEUSE.
AMAIGRISSEMENT. — SYPHILIS MALIGNE PRÉCOCE.

Le malade a été vu pour la première fois à la consultation le 29 septembre 1888. Il se plaignait d'un mal de gorge et dysphagie ; un médecin lui avait fait une cautérisation au nitrate d'argent.

État général relativement bon. Douleurs particulières en avalant, du côté droit, avec irradiations vers l'oreille droite ; salivation abondante.

A un premier examen, nous remarquâmes à droite une amygdalite à caractères spéciaux. Toute la région droite est tuméfiée, rouge vineux, la luette déviée du côté gauche. L'amygdale forme une sorte de champignon dont la surface, irrégulière, grisâtre, est recouverte d'un exsudat purulent peu adhérent ; lorsqu'on enlève cette couche superficielle, il n'y a pas de suintement de sang ; elle ne forme pas un revêtement continu et n'a pas l'aspect pseudo-membraneux.

Le pilier postérieur présente une teinte générale vineuse, infiltré, tuméfié, et sa partie inférieure, au contact de l'amygdale, est recouverte d'un exsudat identique à celui qui tapisse l'amygdale.

Le pilier antérieur, également tuméfié et cramoisi, présente sur son bord concave et sur une hauteur de deux millimètres environ, une infiltration purulente, jaunâtre, qui s'enlève par le frottement.

Enfin, le bord droit, déjeté, de la luette est également tuméfié, présente un liseré jaunâtre, interstitiel. Au-dessous de la branche horizontale de la mâchoire du côté droit, adénopathie peu douloureuse, du volume d'une grosse amande. Sur le thorax, de nombreux éléments acnéiques.

Notre première impression fut que nous avions un cas de chancre induré de l'amygdale.

1^{er} octobre. Accentuation des symptômes. Pas de fièvre ni modifications de l'adénopathie.

Le 2. A l'interrogatoire, aucun antécédent personnel, à part une seule blennorrhagie. Il vit depuis deux ans avec la même personne, qui le quitte en août, pendant l'absence de laquelle il n'a eu aucun rapport sexuel ; il avoue avoir embrassé des femmes diverses. Au retour de sa maîtresse, il eut avec elle des rapports dans la semaine du 15 au 22 ; depuis lors, il n'a plus eu de rapports avec elle.

Aucun antécédent de famille spécial ; pas d'alcoolisme, mais il est grand fumeur. Sur trois nuits, il en passe régulièrement deux en wagon. Enfin il a été, pendant son service militaire, sujet aux maux de gorge et a eu l'année dernière une amygdalite qui dura une dizaine de jours.

Le 3. Le pilier postérieur et l'amygdale présentent un aspect bourbillonneux qui transforme la loge amygdalienne en une surface grisâtre d'aspect nécrosique.

Sur le dos, des taches suspectes et acnée. T = 38° 2 le soir ; un peu de céphalalgie, pâleur, anémie et courbature.

Le 5. Persistance de l'aspect ulcératif malgré le traitement. Accentuation de l'éruption papuleuse.

Le 8. Généralisation de l'éruption. Pas de plaques muqueuses. La dysphagie ne s'améliore pas.

Le 16. A cause de la persistance de la dysphagie, il ne peut rien manger, dort mal, maigrit. Généralisation de l'éruption papuleuse. La région amygdalienne fortement ulcérée, le pilier postérieur, le bord inférieur du pilier antérieur et le bord droit de la luette présentent au niveau de l'infiltration purulente signalée plus haut des encoches ulcératives, qui semblent avoir été détachées à coup d'ongle ; le fond de la gorge amygdalienne reste bourbillonneux, grisâtre. Diminution de l'adénopathie.

Le 20. La partie supérieure de la fosse amygdalienne s'est détachée, et il semble que le sommet de l'amygdale ait disparu avec l'exsudat ; la partie inférieure reste grisâtre, de mauvais aspect.

Le 24. Malgré les attouchements de nitrate acide, la partie inférieure du pilier postérieur et le moignon de l'amygdale restent grisâtres et sanieux.

Le 25. Même traitement, réparation des ulcérations du pilier antérieur et du voile. Le malade entre dans le service de M. Fournier ; la lésion identique ; érosions amygdaliennes à gauche. La dé-

glutition est des plus difficiles. Syphilides et nombreux éléments ulcéreux. Troubles oculaires (irido-choroïdite). Poids, 53 kil. 500.

Traitement spécifique, guérison. Le malade sort de l'hôpital le 1^{er} décembre. L'état général bien meilleur ; poids, 58 kil.

Recherches hématoscopiques : au moment de l'entrée, le sang contenait 11 0/0 d'oxy-hémoglobine, la réduction se faisait en 110" et l'activité représentée par 0.50 (moitié de la normale). Quelques jours plus tard, l'oxyhémoglobine tombe à 8 0/0. La durée atteint 105" et l'activité ne dépasse pas 0.38. Vers la fin du même mois, l'oxyhémoglobine atteint 12 0/0, la durée est de 75" et l'activité de 0.80. Enfin, dans les derniers temps de son séjour, il y a 13 0/0 d'oxyhémoglobine et 0.81 d'activité avec une durée de réduction de 80".

OBSERVATION XXXIX

(Publiée par M. BAUDOUIN dans sa thèse portant le n^o XLVIII.)

SYPHILIS MALIGNE PRÉCOCE. — DÉBUT PROBABLE PAR CHANCRE AMYGDALIEN. — SYPHILIDES TUBERCULO-CROUTEUSES. — GOMME DU PHARYNX. — ANÉMIE. — CHLORO-ASTHÉNIE. — DÉNUTRITION SECONDAIRE. — PERTE DE POIDS. — ABSENCE DE TRAITEMENT AU DÉBUT.

Le 31 mars 1888, la nommée V..., Marie, âgée de 17 ans, employée dans un magasin, entre dans le service de la clinique à l'hôpital Saint-Louis. Antécédents héréditaires de tuberculose pulmonaire ; elle a perdu une sœur de la fièvre typhoïde. La malade est blonde, de taille moyenne, ayant eu quelques maux de gorge, auxquels elle était sujette, dit-elle. Réglée à 12 ans, irrégulièrement depuis l'âge de 15 ans. Le premier rapport qu'elle eut avec un homme, remonte au 8 novembre 1887 ; depuis lors elle le revit plusieurs fois. Celui-ci, dit-elle, devait être « malade », car elle découvrit qu'il se soignait en cachette. Vers la fin de décembre, elle eut un mal de gorge « particulier ». Au niveau de l'amygdale droite, elle sentait comme une petite boule, un gros bouton, gênant la déglutition et douloureux seulement au moment du passage des aliments.

Il y a un mois et demi, elle remarqua sur le sein gauche un bouton, bientôt suivi de l'apparition de plusieurs autres dans le dos,

sur la cuisse gauche, sur le flanc droit, en même temps que le mal de gorge qui avait diminué depuis quelques jours, reparaissait pour ne faire qu'augmenter dans la suite.

Surviennent des douleurs le long de la jambe droite, allant jusqu'à entraver la marche, et d'autres douleurs entre les deux épaules. Comme traitement la malade aurait pris des « pilules de potassium » pendant un mois, puis se trouvant mieux, elle les aurait interrompues depuis 15 jours, lorsque reprise de nouveaux accidents, à bout de forces, elle entre à l'hôpital. A ce moment son état est des plus graves. Nous constatons sur différentes régions du tégument cutané des syphilides tuberculo-croûteuses, surtout à la partie supérieure du dos, au cou, à la poitrine et dans le cuir chevelu. Le pharynx est le siège de gommès ulcérées qui ont déjà occasionné les plus graves désordres dans ces régions : l'amygdale droite est légèrement entamée par une ulcération qui, s'étendant latéralement a sectionné le pilier antérieur. Douleurs violentes à la déglutition, s'étendant jusqu'aux oreilles : les mouvements de la parole pénibles.

Affaiblissement notable, prostration profonde. Le teint est pâle ; la marche presque impossible, la malade se traîne péniblement. Eblouissements, vertiges, menaces de syncope. Tremblements, frissons, extrémités glacées.

La respiration est un peu courte et des palpitations surviennent fréquemment.

Fièvre avec sueurs nocturnes abondantes, insomnie absolue.

La malade tousse beaucoup et crache difficilement, l'auscultation du poumon, ne révèle cependant qu'un peu de faiblesse du murmure vésiculaire.

L'auscultation du cœur fait entendre un souffle anémique intense.

Douleur à la pression tout le long de la crête du tibia droit. Thorax sensible à la pression. Douleurs épigastriques.

Traitement : protoiodure, iodure de potassium, gargarismes.

2 avril. La malade ne s'alimente presque pas. Difficulté à la déglutition. Attouchements dans le pharynx avec de la teinture d'iode. Gargarismes à l'eau de guimauve. Poids de la malade : 51 kil. 500.

Le 3 avril. Légère amélioration.

Le 13 mai. Poids : 47 kil. 800. Amélioration continue.

Le 17 mai. Etouffement brusque. Perte de connaissance.

Le 1^{er} juin. Elle quitte le service avec une ou deux syphilides papuleuses sur le front, une plaque muqueuse sur la paroi postérieure du pharynx. Faciès pâle et abattu.

Le 23 juin. Deuxième entrée dans le service parce que pendant sa sortie les syphilides sont reparues sur les épaules, au front, dans le cuir chevelu. A la cuisse, syphilide gommeuse. Au pharynx l'amygdale gauche est tuméfiée et présente une gomme ulcérée à fond bourbillonneux, à bords irréguliers et déchiquetés.

Cette lésion est surtout douloureuse lorsque la malade veut avaler. Elle ne peut manger que des aliments liquides et encore ceux-ci sont-ils la cause de violentes douleurs. Badigeonnage à la teinture d'iode, iodure en lavements, laudanum, teinture de belladone. Les cheveux tombent. Appétit persiste mais ne peut pas manger à cause des douleurs.

Le 30 juin. Amélioration de l'état général. Poids : 47 kil. 500. Disparition des syphilides. Pas de règles.

Le 20 juillet. Les règles qui devaient arriver le 28 juin, ne sont apparues que le 19 juillet. Poids : 51 kil. 500.

Le 25 juillet. Expectoration puriforme verdâtre; point douloureux rétro-sternal. La malade a craché du sang. Dans l'arrière-gorge, une nouvelle ulcération.

Le 22 septembre. Troisième récurrence avec réapparition des gommages sur l'amygdale gauche et la luvette. Cette lésion empêche de nouveau la déglutition et produit des douleurs dans les oreilles. Frissons. Poids : 46 kil. 300. Faciès pâle, anémié. La malade tousse beaucoup depuis le mois de mai. Irrégularité des règles.

Le 11 octobre. Amélioration. Poids : 51 kil. Sort le 13 octobre 1888.

Le 15 décembre. Quatrième entrée. La malade est engraisée. Syphilides. Aphonie complète, pas d'ulcérations du larynx.

Un peu plus d'un mois après l'entrée de la malade dans le service, le 27 avril, 7.5 0/0 d'oxyhémoglobine, activité représentée seulement par 0.35. Les jours suivants ces chiffres ne varient pas sensiblement.

Le 31 mai. 11 0/0 d'oxyhémoglobine, l'activité d'échanges = 0.82.

Le 31 juin. Poids : 46 kil. 800; l'oxyhémoglobine atteint 12 0/0, activité normale.

Le 17 juillet. Diminution brusque d'oxyhémoglobine à 9.5 0/0; activité = 0.59 — 0.33.

A la fin du troisième séjour à l'hôpital, la malade a regagné une partie du poids perdu. Cependant l'oxyhémoglobine n'a pas augmenté; elle a même un peu diminué, l'activité des échanges s'est élevée à 0.77.

Lorsque la malade revient dans le service pour la quatrième fois, l'anémie a presque complètement disparu; l'oxyhémoglobine atteint la proportion de 12 0/0. La durée de la réduction seule est un peu longue, aussi l'activité des échanges est-elle encore représentée par un chiffre peu élevé, 0.63.

7. Chancres amygdaliens chez les bonnes d'enfants et nourrices.

OBSERVATION XL

(EHRMANN. — Résumé.)

M^{me} M. S..., 58 ans, se plaignait d'un mal de gorge; accompagnée de sa fille, bien portante, enceinte de six mois. A l'inspection: plaques muqueuses et cicatrice sur l'amygdale gauche. Adénopathies sous-maxillaire, retro-maxillaire et parotidienne du même côté; sur le tronc syphilides maculeuses. Quelques plaques muqueuses sur les petites lèvres. Ganglions dans les deux aines. Pas de trace de chancre sur les organes génitaux. En outre, elle présentait une leucodermie qui était prise par le médecin pour une diphtérie. Après 3 semaines, par suite d'attouchements au nitrate d'argent, guérison. La maladie était accompagnée d'un engorgement ganglionnaire du côté gauche presque indolore.

Elle dit qu'elle avait été très affaiblie; fièvre qui n'a duré que peu de temps. La difficulté de déglutition ne lui permettait pas de prendre des liquides alimentaires.

Après sa soi-disant guérison, l'engorgement ganglionnaire persistait et un chirurgien célèbre lui recommande leur extirpation, ce qu'elle n'accepte pas. A l'interrogatoire de son entourage, j'apprends que sa fille qui l'accompagne a eu deux fausses couches; la troisième fois, elle a eu une fille qui n'avait vécu que 9 mois. Cette enfant avait été élevée au sein et après six mois avait été nourrie par sa grand'mère avec de la soupe au lait.

La malade avoua qu'à cette occasion, elle avait souvent porté à sa bouche la cuillère qui avait déjà été dans celle de l'enfant pour essayer si la soupe n'était pas trop chaude. Le mari de la fille aurait pris des pilules pour une maladie qui ne le forçait pas à prendre le lit ; d'ailleurs il a avoué être infecté de la syphilis depuis 4 ans.

Ici, il s'agit d'un enfant atteint de syphilis paternelle dont la mère n'a montré aucune trace de syphilis et qui, selon la loi de Coll, n'a pas été infectée par cette enfant, mais qui la communiqua à sa grand'mère. Comme la grand'mère nous consulte pour une affection de la gorge qui a duré 6 semaines et qui a guéri spontanément en laissant une cicatrice sur l'amygdale et que la lésion fut accompagnée d'une adénite indolore ; d'autre part, l'apparition des accidents secondaires sur le corps de la grand'mère, et en considérant le fait que la cuillère de l'enfant syphilitique avait été introduite plusieurs fois dans sa bouche, nous pouvons poser le diagnostic rétrospectif certain d'un chancre à évolution ordinaire.

OBSERVATION XLI

(EHRMANN. — Résumé.)

Jeune fille, âgée de 16 ans, bonne d'enfant dans une famille dont les membres ont été traités par moi pour la syphilis. Elle vient me consulter pour une diphtérie. Mal à la gorge depuis trois semaines, déglutition douloureuse surtout à gauche. Fièvre, dessèchement de la bouche ; respire la bouche ouverte, fait des grimaces quand elle veut avaler.

A l'inspection, rougeur du pharynx des deux côtés. L'amygdale gauche forme un cône qui dépasse la luette, avec une surface ulcérée, allant presque jusqu'à l'amygdale droite qu'elle touchait probablement dans les mouvements de déglutition. L'amygdale droite est peu rouge. La surface ulcérée de l'amygdale gauche est de couleur verte foncée, tirant sur le brun ; ses bords sont taillés à pic, un peu dentelés. Dans la région sous-maxillaire gauche, léger engorgement ganglionnaire, douloureux, ainsi que du côté retro-maxillaire droit. Les ganglions sous le sténo-mastoidien sont de même engorgés. D'après la malade, le commencement date depuis quelque temps et l'engorgement serait survenu progressivement.

On lui avait confié un enfant syphilitique et malgré la défense de ses patrons, elle mangeait avec cet enfant, qui plusieurs fois avait eu des aphtes à la bouche, que les parents touchaient au nitrate d'argent. La jeune fille est vierge. Je pense à une affection initiale syphilitique. Pas de traces de syphilis sur le corps, ni sur les organes génitaux.

Le traitement antisyphilitique produit un soulagement notable.

2^e jour, cocaïne; 3^e jour, la masse brunâtre avait disparu et on constate sur l'amygdale gauche une perte de substance à fond inégale, en forme de cratère. A la fin de la 3^e semaine, disparition des douleurs, de la fièvre et guérison de l'ulcération. Diminution de l'engorgement. L'amygdale paraissait plus aplatie et pourvue d'une cicatrice plane, mince à peine de la taille d'une lentille qui n'a rien de caractéristique. A la même époque la malade a eu une syphilide maculo-papuleuse disséminée sur le corps et psoriasis.

Elle a reçu 30 frictions mercurielles; 6 mois après avoir eu de la roséole on lui a prescrit des injections d'huile grise.

OBSERVATION XLII

(Publiée par M le professeur SPILLMANN.)

CHANCRE SYPHILITIQUE DE L'AMYGDALE DROITE. — CONTAGION
PAR UN BIBERON SERVANT A L'ALLAITEMENT D'UN ENFANT
SYPHILITIQUE.

M^{me} R..., âgée de 59 ans, est d'une bonne santé habituelle. Veuve depuis une quinzaine d'années environ, elle n'a jamais eu d'enfant ni fait de fausses couches; elle n'a été atteinte d'aucune affection cutanée. Cette dame, de mœurs tout à fait irréprochables, mène une vie fort retirée en compagnie d'une vieille bonne. Vers la fin du mois de juin dernier, elle vient me consulter, se plaignant d'un léger mal de gorge, qui datait de plus de quinze jours, avec douleurs plus vives au moment de la déglutition, et d'un engorgement ganglionnaire considérable, situé à l'angle du maxillaire droit.

En examinant la gorge, j'observe, au niveau de l'amygdale du côté droit, une plaie de l'étendue d'une pièce de 50 centimes environ, superficielle, d'aspect légèrement excavé, et tapissée d'un enduit de teinte un peu grisâtre. La muqueuse qui environne cette petite ulcération est oedématiée et forme comme un bourrelet. On

ne constate aucune autre lésion de la muqueuse buccale ou de l'isthme du gosier. Les ganglions de la région parotidienne sont volumineux et douloureux à la pression. Il n'existe cependant aucune rougeur à la peau. La malade ne se plaint, au reste, d'aucun malaise ni d'aucun trouble dans l'état général de sa santé, et ne semble attacher qu'une faible importance au mal qu'elle éprouve.

Je fus fort perplexe pour caractériser la nature de la lésion que j'avais sous les yeux. L'ulcération que je viens de décrire n'offrait aucun signe spécial bien caractéristique. Ce n'était ni de la diphthérie, ni de l'angine gangréneuse. Je pensai un moment à la possibilité d'un cancroïde. Je connaissais les habitudes de cette dame, sa parfaite honorabilité, et je rejetai bien loin l'idée d'une lésion vénérienne. Je me contentai de prescrire un gargarisme astringent et des frictions de pommade iodurée sur le cou. Je revis la malade à plusieurs reprises : l'ulcération conservait les mêmes caractères, mais sans se modifier ; l'engorgement ganglionnaire persistait. Deux cautérisations au nitrate d'argent, à cinq jours d'intervalle, n'amenèrent aucune modification notable. J'étais de plus en plus intrigué, et la malade, ennuyée de ne trouver aucune amélioration à son état, était restée quelques jours sans me voir, quand elle me fit appeler, se plaignant cette fois de lassitude et de courbature. Elle me signala en outre des taches apparues depuis peu de jours sur la poitrine et l'abdomen. Je reconnus, à n'en pas douter, tous les caractères d'une roséole syphilitique. Le diagnostic était dorénavant posé ; mais restait la question fort délicate de l'étiologie. La domestique ne présentait aucun signe d'infection syphilitique. J'appris, après bien des recherches et des questions, que la malade avait recueilli chez elle, pendant le courant du mois de mai, l'enfant d'une de ses nièces, qui était souffrant. Cet enfant, âgé de cinq mois, était nourri au biberon ; la mère de l'enfant avait recommandé à sa tante de goûter le lait chaque fois qu'elle donnerait à boire à l'enfant pour se rendre un compte exact de la température du liquide. A cet effet, la malade plaçait dans sa bouche l'embouchure en caoutchouc du biberon et aspirait un peu de lait. Or, l'enfant ainsi nourri était atteint de syphilis héréditaire avec accidents multiples à la bouche et aux parties génitales. La mère avait fait précédemment deux fausses couches.

OBSERVATION XLIII

(Prise par M. G. GROSS dans le service de M. le professeur SPILLMANN.)

Il s'agit d'une femme âgée de 49 ans, couturière, habitant Nancy. Ses parents ont toujours été bien portants, et ont eu 18 enfants, dont 8 sont aujourd'hui en excellente santé.

M^{me} Br. . . a toujours été d'une bonne santé et ne se rapelle pas avoir consulté de médecin depuis sa première jeunesse. Elle est mariée; son mari a toujours été bien portant et n'a jamais présenté aucune éruption cutanée, aucune trace de chancre génital. Elle a eu 13 enfants, et n'a pas fait de fausse couche; sur ces 13 enfants, 4 vivent, 3 sont mariés, ont des enfants sains, seul l'un d'eux, une fille, qui toujours bien portante tant qu'elle était dans sa famille, a présenté depuis des accidents de syphilis acquise. Parmi les 9 qui sont morts, 2 ont succombé au croup, 2 à des bronchites, 1 a été asphyxié, les 4 autres sont morts en bas âge. Nous ne trouvons donc aucune tare de spécificité, ni du côté des antécédents héréditaires, ni du côté des antécédents personnels, ni du côté des descendants, sauf cette fille infectée depuis son émancipation.

La malade était en bonne santé, quand il y a 2 mois environ, elle aurait ressenti de la gêne pendant la déglutition; peu de temps après elle a vu apparaître un ganglion volumineux du côté gauche du cou, à la région sous-maxillaire moyenne. Il y a 16 jours environ elle aurait vu apparaître sur toute la surface du corps une éruption papuleuse, présentant les caractères d'une éruption syphilitique. Nous avons minutieusement interrogé la malade et appris qu'il y a un an environ, elle recueillit chez elle son petit-fils âgé de quelques jours à peine, qui semblait bien portant. Le père de cet enfant, cordonnier de son état, chétif d'apparence, avait une fort mauvaise conduite. M^{me} Br. . . dit avoir remarqué qu'il présentait constamment, sur la face, le front, le cou et les mains, des petites taches lie de vin, rouge foncé, qu'avant même notre interrogatoire elle comparait à celles qu'elle présente elle-même aujourd'hui. La mère de l'enfant, qui est la fille de notre malade, a présenté des accidents de syphilis secondaire. L'enfant élevé au biberon, se portait très bien, quand, au bout de 3 mois environ, il fut littéralement couvert de papules rougeâtres dont quelques-unes suppuraient.

Certaines de ces papules s'effaçaient peu à peu en laissant des macules foncées, bleuâtres ; d'autres apparaissaient alors pour disparaître à leur tour et ainsi de suite ; puis toute éruption aurait disparu sans laisser de traces. L'enfant, atteint quelques temps après de diarrhée, est entré il y a quelques jours dans le service de M. le professeur agrégé Haushalter où il est aujourd'hui : il est atteint d'entéro-colite, ne présente pas de traces de syphilis héréditaire, mais des accidents méningés, des convulsions qui pourraient à la rigueur relever d'une tare syphilitique. La mère présente également des traces certaines de syphilis, avoue l'avoir eue et avoir été traitée pour cette affection à la maison de secours il y a 2 ans. Un de ses enfants est mort d'accidents syphilitiques, l'aîné se porte bien mais serait né avant qu'elle-même ait été malade et était, du reste, d'un autre père.

En cherchant à nous renseigner sur la manière dont M^{me} Br... soignait l'enfant qui lui était confié, nous avons appris, entre autres, le détail suivant : pour juger de la température du lait qu'elle lui donnait, souvent elle goûtait avant lui à la tétine du biberon, qu'elle vidait quand il y restait quelques gouttes de liquide.

État actuel.— Aujourd'hui la malade présente, sur tout le corps, outre des lésions de grattage, d'origine parasitaire, une éruption papuleuse dissiminée ; ces papules siègent sur le front, la nuque, le tronc et les membres ; elles sont arrondies, généralement surélevées et ont une teinte couleur de jambon ; quelques papules sont érodées, d'autres recouvertes de squames vernissées ; entre ces papules, on aperçoit sur le tronc une éruption érythémateuse qui s'efface à la pression (roséole).

A l'examen de la bouche, on remarque du côté gauche, au point de réunion des deux piliers de l'amygdale, au-dessus de celle-ci, par conséquent, une érosion allongée, grisâtre, presque cicatrisée, reposant sur une base indurée, rougeâtre, ayant la dimension d'une pièce de 50 centimes environ. On remarque en outre une hypertrophie considérable des amygdales qui atteignent presque la luette des deux côtés.

L'arrière-bouche est rouge, congestionnée. La muqueuse buccale ne présente aucune trace d'autre lésion ; mais, sur la région latérale gauche du cou, au-devant du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, on constate un volumineux ganglion de la grosseur d'un œuf de poule

et présentant bien tous les caractères des adénopathies syphilitiques ; il est volumineux, s'est développé progressivement ; il est indolore, élastique, et présente la consistance spéciale d'une balle de caoutchouc remplie d'air comprimé ; aucune autre adénopathie.

La malade ressent encore quelques douleurs pendant la déglutition ; sa voix est un peu rauque.

Aucun trouble du côté des autres appareils ; la malade, d'un tempérament sanguin, est sujette à la constipation et présente des varices. Pas de lésion vulvaire ni anale. Depuis plusieurs semaines de céphalées et de courbature généralisée.

L'*étiologie* de cette infection nous semble fort nette : cette femme toujours bien portante jusqu'alors a une fille, mère, qui lui donne son enfant à élever ; or cet enfant, d'apparence saine, se couvre de boutons au bout de 2 mois ; pour s'assurer que le lait qu'elle donne à son petit-fils est bon, qu'il a la température voulue, elle le goûte au biberon et procède de la sorte, sans inconvénient pendant un certain temps, puis atteinte sans doute d'une angine légère, accompagnée d'une légère solution de continuité au niveau du pilier amygdalien gauche, elle s'infecte par cette porte d'entrée. Un chancre syphilitique résulte de cette infection et évolue comme cela est la règle en quelques semaines, localement, d'une façon presque latente, diagnostic se confirmant par l'apparition au bout de quelques semaines par l'apparition d'accidents secondaires : éruption papuleuse généralisée.

OBSERVATION XLIV

(LEGENBRE.)

CHANCRE SYPHILITIQUE DE L'AMYGDALE DROITE CHEZ UNE FEMME DE 63 ANS, CONTAGIONNÉE EN DONNANT DES SOINS A SON PETIT FILS ATTEINT DE SYPHILIS CONGÉNITALE.

Catherine J..., se présente à la consultation pour un mal de gorge depuis six semaines.

L'amygdale droite est le siège d'une ulcération excavée, à bords nets, à fond bourbillonneux. Autour de l'ulcération se trouve une zone érythém. de 1 ou 2 centimètres ; déglutition difficile, salivation abondante. Engorgement ganglionnaire sous-maxillaire pas très accentué.

Notre première pensée était en faveur d'une ulcération gommeuse. Mais à la visite du soir nous avons observé un assez grand nombre de papules cuivrées, caractéristiques de la période secondaire. Étiologie évidente par contagion en donnant des soins à son petit-fils atteint de syphilis congénitale, sans aucun doute.

8. Contagions multiples et familiales.

OBSERVATION XLV

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur RAOULT.)

CONTAGION MULTIPLE

M^{me} F. . . , cafetière, âgée de 54 ans, se présente à ma consultation le 24 avril 1899 ; elle se plaint d'une grande gêne pour avaler les aliments et de picotements dans toute la bouche depuis trois mois.

À l'examen de la gorge, j'aperçois une ulcération sur chacune des amygdales ; celle du côté droit est rouge, irrégulière, assez profonde, à bords nettement arrêtés ; elle repose sur un organe rouge, tuméfié et dur au toucher. De ce côté les ganglions sous-maxillaires et sterno-mastoidiens sont tuméfiés en grappe ; l'un de ces ganglions est plus volumineux que les autres. Sur l'amygdale gauche l'ulcération est bien moins profonde, blanchâtre, ce n'est presque qu'une érosion ; il existe seulement un petit ganglion sous-maxillaire de ce côté. Sur la langue et sur les lèvres, ainsi que sur le voile du palais existent de nombreuses plaques muqueuses érosives.

Nous trouvons en plus une corona vénérís et des syphilides papuleuses sur le bras gauche et à la partie supérieure du cou. La malade ne se rend pas compte du mode d'infection ; elle nous dit cependant qu'elle a une domestique qui se plaint de petites lésions de la langue et des lèvres, et il y a lieu de supposer que l'infection a pu se faire par un verre mal nettoyé. La malade dit en effet qu'elle ne fait souvent pas attention aux verres qu'elle prend sur son comptoir et dont elle se sert pour boire elle-même.

D'un autre côté, nous avons vu une autre domestique, Mlle J. ., âgée de 21 ans, qui prétend avoir pris son affection étant bonne de café, chez M^{me} F'. Elle aurait été au service de cette dernière, du mois d'avril au mois d'août 1899. Lorsqu'elle se présenta à notre examen, le 16 novembre 1899, elle était porteuse de plaques muqueuses sur le voile et aux bords des piliers antérieurs; de plus on trouvait des syphilides papuleuses sur les cuisses. Cette malade reportait ses premiers accidents au mois de mai 1899; elle nous raconta qu'à cette époque, ses deux amygdales étaient devenues très grosses, douloureuses; elle n'a pas vu s'il y avait des ulcérations. En même temps, les ganglions de la région sous-maxillaire étaient hypertrophiés des deux côtés; elle n'a pas eu de la céphalalgie; mais elle a eu de l'alopécie.

Je dois ajouter que lors de mon examen cette malade était anémiée et très amaigrie, elle n'a pas été revue.

Je crois pouvoir supposer, sans cependant produire mon affirmation véritable, qu'il s'est agi aussi dans ce cas d'un chancre double de l'amygdale et que la contagion s'est produite de la même façon que chez le sujet contagionnant.

Chez M^{me} F. . ., j'ai pratiqué quatre injections d'huile grise, puis malgré mon désir, je n'ai pas revu la malade chez laquelle la guérison des accidents s'effectuait lentement, étant donné sans doute l'âge de la malade.

OBSERVATION XLVI

(Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur BÉRON.)

SYPHILIS DE FAMILLE.

DEUX CHANCRES AMYGDALIENS DANS UNE FAMILLE DE 4 PERSONNES

a) J. X..., vient à l'hôpital accompagné de sa femme, au mois de janvier 1899 dans l'état suivant :

C'est un commissionnaire, âgé de 35 ans; nie tout rapport en dehors de sa famille. Il n'a jamais eu des ulcérations ni dans la bouche ni aux parties génitales. Il y a 6 mois, sans cause connue il ressent un commencement de mal de gorge, avec douleur et gêne à la déglutition. Ces phénomènes persistent jusqu'à présent légèrement atténués. Deux mois avant son entrée à l'hôpital il a une éruption secondaire sur le corps et sur la tête. Céphalées

intenses. Il est marié depuis 10 ans et ses deux enfants ont été toujours bien portants.

État actuel : Sur les organes génitaux aucune trace d'ulcération antérieur. Sur le corps roséole spécifique en voie de disparition. Tous les ganglions du corps sont tuméfiés, mais surtout les ganglions du maxillaire inférieur droit et ceux du côté droit du cou. A l'inspection de la gorge on remarque une rougeur du voile. L'amygdale droite est fortement hypertrophiée et au niveau du centre on voit une perte de substance, de dimension d'une noisette, peu profonde, à bords irréguliers, à pourtour induré ainsi que la base.

On lui a fait 24 frictions d'onguent mercuriel à 3 grammes, la perte de substance s'est cicatrisée, en laissant une induration et les autres phénomènes ont disparu.

b) La femme de ce malade E. J... vient de même à ma consultation, et voici ce que nous observons :

Elle est âgée de 30 ans, n'a jamais eue de fausses couches, est mère de deux enfants qui ont été toujours bien portants ; l'un de ces enfants est un nourrisson âgé de 1 an. Nie toutes relations en dehors de son mari. Elle présente sur le corps des syphilides ; n'a jamais eu mal à la gorge.

État actuel : Constitution bonne. Sur les organes génitaux des papules humides. Aucun phénomène sur la peau. Rougeur à la gorge. Tous les ganglions du corps sont tuméfiés mais surtout ceux des aines. L'enfant qui l'accompagnait à l'hôpital ne présentait aucun signe de spécificité.

On lui a appliqué le même traitement que dans le cas précédent et après la disparition des symptômes elle est partie le 4 janvier 1899.

Le mois dernier, c'est-à-dire quinze mois environ après leur sortie de l'hôpital la mère revient avec ses deux enfants et nous raconte ce qui suit :

Après leur départ de l'hôpital jusqu'à présent ils n'ont rien remarqué de particulier de leur maladie et le mari ne se plaint de rien. C'est pourquoi ils n'ont pas continué le traitement et n'ont pas pris les précautions nécessaires pour leurs enfants (des assiettes, verres, baisers, etc.), comme on le leur avait recommandé au moment de leur départ de l'hôpital. L'ainé des enfants se plaint

d'un mal de gorge depuis plusieurs mois et le plus jeune présente une ulcération à la lèvre.

c) L. J... âgé de 6 ans. Depuis deux mois il a mal à la gorge et une déglutition difficile et douloureuse.

Etat actuel : Garçon, bien développé. Présente sur le corps une éruption généralisée. Les ganglions du côté droit du cou et du maxillaire inférieur du même côté sont fortement hypertrophiés, de la grosseur d'une noix, douloureux à la palpation. Les ganglions de l'autre côté du cou ainsi que ceux du corps en général sont tuméfiés mais moins que les précédents. A l'inspection de la gorge : une rougeur limitée du voile du palais et des plaques superficielles sur la langue et le palais. L'amygdale droite est fortement tuméfiée et présente à sa surface une ulcération superficielle ; l'induration est caractéristique et à son niveau pas de douleur.

On lui prescrit le traitement par les coussins de Welanders et il quitte l'hôpital le 7 juin en bonne voie de guérison.

d) L'enfant C. J..., âgé de deux ans, présente depuis deux mois une ulcération à la lèvre supérieure.

Etat actuel : Constitution bonne. Vers le milieu de la lèvre supérieure nous voyons en dedans une ulcération de la dimension d'une pièce de 50 centimes, lisse, supurée, à bords réguliers, à fond plan et à base indurée. Toute la lèvre et surtout son centre est tuméfiée. Dans la bouche, sur la langue et le voile, des plaques superficielles. Les ganglions du cou et surtout le sous-maxillaire sont fortement engorgés. Sur la peau aucun phénomène de spécificité. On lui a prescrit le même traitement qu'à son frère.

La mère qui rentre à l'hôpital encore cette fois-ci pour accompagner ses enfants ne présentait pas de phénomènes visibles de spécificité. Le père étant absent de la ville, je n'ai pu voir l'état de sa maladie.

Comme nous voyons, nous nous trouvons en présence d'une famille syphilitique. C'est probablement le père qui s'est infecté le premier par un chancre de l'amygdale, qui contamine sa femme ; après plusieurs mois les parents infectent leurs enfants dont l'un contracte un chancre à l'amygdale et l'autre un chancre à la lèvre.

CONCLUSIONS

1° Le chancre amygdalien se rencontre beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit tout d'abord. Cette soi-disant rareté est due à l'ignorance de la possibilité de la localisation des manifestations primitives de la syphilis sur l'amygdale; elle est due aussi à la confusion dont elle se prête facilement avec les diverses amygdalites et autres lésions de ces organes.

2° L'état général qui s'en suit est mauvais, prédisposant à une syphilis grave, parce que le malade se trouve affaibli par la localisation même du chancre (peut-être par suite d'une absorption plus grande du virus dans le tissu adénoïdien), et à cause des troubles de la déglutition empêchant l'alimentation.

3° Au point de vue objectif le chancre amygdalien nous apparaît sous les formes : érosive, ulcéreuse, diphtéroïde et gangréneuse, formes contribuant pour la difficulté de diagnostic avec les autres lésions amygdaliennes.

4° Le diagnostic est souvent difficile et pour cela faire il ne faut pas toujours se fonder sur l'unilatéralité de la lésion, car il existe des chancres bilatéraux. Il doit être basé surtout sur l'induration, l'adénopathie à forme spéciale du côté correspondant

et souvent il ne peut être confirmé que par l'apparition des accidents secondaires.

Le diagnostic bactériologique sera utile dans le diagnostic avec la diphtérie, et avec l'amygdalite ulcéro-membraneuse à bacilles de Vincent.

4° Il faut instituer un traitement général énergique dès le début. Dans ce cas il faut éviter le plus possible une méthode qui par son application produirait facilement la stomatite mercurielle.

A ce traitement général il faut rejoindre un traitement local qui consiste dans la grande propreté de la bouche par des antiseptiques.

Il est du plus haut intérêt d'appliquer des mesures de prophylaxie et une hygiène sévère par rapport aux ustensiles de ménage, aux instruments, tétine de nourrisson, etc., parce que la contagion se fait le plus souvent par l'intermédiaire de ces objets.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 13 juillet 1900,
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
GROSS.

Président
de thèse,
P. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Nancy, le 13 juillet 1900,
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARSLAN (J.). — Deux cas de chancre syphilitiques des amygdales, *Revue de Moure*, n° 49, 1896, p. 1457.
- BARTHELEMY et BALZER. — Article « syphilis » du *Dictionn. de méd. et de chir. pratiques*.
- BARTHELEMY. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1880, t. VI, p. 316.
- BAUDOUIN. — Syphilis malignes précoces, *Th. de Paris*, 1889.
- BAZIN. — *Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et les syphilides*, 1886, p. 176.
- BELOUSSOW. — Beobachtung über klinische Formen der primæren syphilitischen Affectionen bei extragenitaler luetischer Infection, *Med. Revue*, 1887, p. 27.
- BERGH. — *Monatshefte für Dermatologie*, 1888.
- BÉRON. — Observations des cas de syphilis traités à l'hôpital d'Alexandrowo de Sofia en 1899, *Meditzinski napredak*, n°s 5 et 6, 1900, Sofia.
- BOECK. — Du chancre de l'amygdale, *Revue internat. des sciences médic.*, août 1886; id. dans les *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1883, p. 317.
- BOGALUBOW. — Medizin. Beilagen zum *Mariner-Journal*, 1885, n°s 3 et 4, en russe.
- BOURGES. — *Gazette hebdomadaire*, 1892, 1895.
- BOURGES et HUDELO. — *Bulletin de la société de biologie*, 27 janvier 1894.
- BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales*.
- BROCA. — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*.
- BROICH (von). — *Ueber extragenitale Initialsklerosen*, Bonn,

- 1888, p. 50. In *Arch. f. Dermat. und Syphilis*, 1890, t. IV et V., p. 512.
- BROUSSE. — Formes cliniques du chancre de l'amygdale, *Communication au 2^e congrès français de médecine interne*, Bordeaux, août 1895.
- BULKLEY-DUNKAN. — Syphilis as a non venereal disease, *Journal of the American med. association*, 1888, p. 865. In *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1890, p. 90.
- Clinical notes on chancre of the tonsil with analysis of fifteen cases, *Med. Record*, 27 mai 1893, p. 645. In *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1894, p. 155.
- BURET (F.). — *La syphilis aujourd'hui et chez les anciens*, 1890.
- BUZENET. — *Thèse de Paris*, 1858.
- CARTAZ. — Observation de syphilis pharyngo-laryngée, *Soc. parisienne d'otologie*, 1892. In *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1892, p. 637.
- CELZO-PELLIZZARI. — *Della trasmissione accidentale della sifilide*, Milano, 1882.
- CHAPPELLE (W.-F.). — Deux cas de chancre amygdalien (*Med. Record*, 27 janvier 1894).
- COLLET. — *Précis de pathologie interne*, 1899, t. I, p. 372.
- COLOMBINI. — Du syphilome initiale de l'amygdale. (*Riforma medica*, 2 mars 1892.)
- COMPAIRED. — Faits cliniques curieux oto-rhino-laryngologiques.
IN *Ann. des mal. de l'oreille*, 1899, mars, p. 337.
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis.
- CULLERIER. — Précis iconogr. des maladies vénériennes.
- DAVASSE et DEVILLE. — *Arch. génér. de médecine*, 1845.
- DECHAUX. — *Gazette hebdomadaire*, 1867.
- DEMBICKI. — *Przegląd Lekarski*, 1873, t. XLI, p. 337.
- DESNOS. — Article « amygdale » du *Diction. de méd. et de chirurgie pratiques*.
- DIDAY. — Étude sur le chancre de l'amygdale. (*Mém. et comptes*

- rendus de la Société des sciences méd. de Lyon*, 1861-1862, p. 45.)
- DIDAY. — *Maladies vénériennes*, 1886, Paris.
- DIEULAFOY. — *Leçons sur le chancre de l'amygdale*. (*Semaine médicale*, 1895.)
- DONALDSON. — *Méd. News Philadelphia*, 1885, t. XLVII, p. 173.
- IN *Courrier méd.*, 1885, n° 48, p. 424; cit. par Dr PORAY Koschitz. (*Russkaya medicina*, 1885, n° 43.)
- DU CASTEL. — *Des chancres génitaux et extra-génitaux*, Paris, 1895.
- DUFOUR. — *Union médicale*, 1858, n° 28, p. 110.
- EHRMANN. — Ueber die durch Pæppeln syphilitischer Kinder acquirirten Rachensklerosen. (*Wiener Mediz. Wochenschrift*, 1890, nos 18 et 19, p. 737.)
- ELLIOT. — *Journ. of Cutaneum and genito-urinary diseases*. 1888, t. IX, p. 334.
- ECQUIZE. — Un cas de chancre syphilitique de l'amygdale. (*Dietzkaia medicina*, 1899, mai).
- IN *Revue de Moure*, 1899, p. 705.
- EVANS. — Du chancre syphil. des amygdales et de la langue, relation de 4 cas. (*Med. News*, 1896, 9 mai.)
- IN *Revue de Moure*, 1897.
- FEULARD (Henri). — Relevé des chancres syphil. extra-gén. observés dans le service de la clinique des maladies cutanées et syphil. du 1^{er} février 1889 au 1^{er} février 1890. (*Ann. de dermatol. et de syphil.* 1890, p. 320.)
- Depuis le 1^{er} février 1890 au 1^{er} février 1891 (*Ann. de dermatol. et syphil.*, 1892, p. 805.)
- FERRO. — Etude sur la forme douloureuse du chancre de l'amygdale. (*Thèse de Paris*, 1897.)
- FOLLIN. — *Traité de Pathologie externe*, t. II.
- FOURNIER. — *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 1873.
- *Leçons sur le chancre amygdalien*. (*Gazette hebdomadaire*, 1875.)

- FOURNIER. — Variétés du chancre syphilitique. (*Journ. de méd. et chirurgie pratiques*, 1880.)
- Du chancre amygdalien. (*Bull. méd.*, 1895, nos 9 et 10.)
- *Leçons sur les chancres extra-génitaux*. Paris, Rueff, éditeur, 1897.)
- FRÖHLICH. — *Allgemeine Wien. Méd. Zeitung*, 1889, 8, p. 79.
- GAUBE. — Chancre syphilitique de l'amygdale. (*Union Méd. du Nord-Est*, février 1893, p. 30.)
- GAUDICHEAU. — *Journ. de méd. de l'Ouest*, Nantes, 1887, t. XXI, p. 88.
- GAUNDOUN. — *Union méd.*, 1869, p. 553, t. I.
- GIBERT DE SAVIGNY. — Chancres à siège insolite. (*Union méd.*, 1880, p. 127.)
- GLADERT. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1882, p. 49.
- GLUCK. — *Przegląd Lekarski*, 1887, 10, p. 216.
- GOLD. — Chancres extra-génitaux. (*Arch. f. Dermatologie u. syphilis*, 1893, p. 791.)
- IN *Ann. de dermat. et syphil.*, 1894, p. 154.
- GRAARUND. — *Tidsskrift for praktisk Méd.* 1886, n° 20.
- GRIGOROW. — Protokolle der Konferenz der Aertzte des Mjasnitzky'schen krankenhauses in Moskau. Octobre 1880.
- GRISOLLE. — *Traité de pathologie interne*, t. II.
- GROSS G. — Chancre amygdalien. (*Revue Médicale de l'Est*, 1887, p. 594.)
- GUERRIN (AL.). — Du chancre induré. (*Gazette des Hôpitaux*, 1867.)
- GUINAUD. — *Syphilis des verriers*, 1881 ; Masson, Paris.
- Chancres syphilitiques extra-génitaux. (*Thèse de Paris*, 1882.)
- HARDY. — *Gazette Méd. des Hôpitaux*, 1878, p. 833.
- HASLUND. — *Hospitals Tidende*, 1885, p. 629, et 1887, 10, p. 217.
- IN *Monats. f. prak. dermat.*, 1885, p. 456.
- IN *Revue des sciences méd.*, Paris, 1886, t. XXVII, p. 742.
- HITZ (H.). — (de Milwauker). *Medical record*, 1896, vol. II, p. 446.

HOMOLLÉ. — Art. *Syphilis* du « Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques » de Jacoud.

HUE. — *France médicale* du 31 mai 1883.

IN *Ann. de dermatol. et syphil.* du 25 janvier 1884.

HULOT (A). — Quelques observations de chancres extra-génit. (*Annales de dermatol. et syphil.*), 1879-1880, p. 29.

HUNTER. — Traité des maladies vénériennes.

HUTCHINSON. — *Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases* 1887.

IN *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1887, p. 469.

JULLIEN. — Chancre syphilitique des deux amygdales contracté par la succion des seins. (*Bull. méd.*, 1897, n° 22.)

KEDOTOFF. — Transmission de la syphilis par la circoncision d'après le procédé hébraïque.

IN *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1884, p. 526.

KNIGHT. — Two cases chancre of tonsil. (*Boston méd. and chir. journal*, CX, p. 537.

IN *New York méd. journal*, 1884, XXXIX, p. 662.

IN *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1885, p. 116.

KOSHITZA PORAI. — Chancres syphilitiques des piliers. (*Meditsina*, nos 53, 55, 56, 1890).

IN *Journ. of Laryngol. and Rhin.*, n° 11, 1890.

KOEHLER. — *Klinische experim. Mitheil. aus dermatol. und syphil.*, 1864, p. 54 et 61.

LAFARRE. — Communication à la Société d'anatomie de Bordeaux.

IN *gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 1889.

LAINÉ. — Contribution à l'étude des circonstances aggravantes de la syphilis. (*Thèse de Paris*, 1886).

IN *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1886, p. 773).

LALLEMAND. — *Clinique méd. chirurg.*, 1845.

LANCEREAUX. — *Traité historique et pratique de la syphilis*.

— *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 21.

LASEGUE. — *Traité des angines*, 1868.

LEGENDRE. — Contribution au diagnostic du chancre syphil. de l'amygdale. (*Arch. gén. de méd.*, 1884, I, p. 63).

- IN *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1885, p. 112.
- LETNIK (L.-M.). — Wratsh, 1881, n° 2, en russe.
- LEWIN. — Die behandlung des syphilis, etc. Berlin, 1879.
- LINDSTROEM. — *Arch. f. dermatol. und syphil.*, 1890, 4-5, p. 700.
- MALLIN et JUELL. — Cinq nouveaux cas de chancre de l'amygdale. (*Revue internat. des sciences méd.*, novembre 1886.)
- MALM. — Bitdrag til Tonsillen chankren Historie. (*Norsk Magazin laegenidenskaben*, 1888.)
- IN *Vierteljahresschaften fur dermatol. und syphilis*, 1887, p. 387.
- MARGONINNER. — *Monats. f. prakt. dermatol.*, 1887, p. 492-499.
- MARTELLIÈRE. — De l'angine syphilitique. (*Thèse de Paris*, 1854.)
- MARTIN AIMÉ. — De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle. (*Thèse de Paris*, 1863.)
- MAURIAC. — Traité des maladies vénériennes.
- *Traitement de la syphilis*, p. 500.
- De MÉRIC (Victor). — *British med. journal*, 1874, 24 janvier.
- MERKLEN. — *Annales de dermat et syphil.*, 1881, p. 673-676.
- MONEL. — Chancre bilatéral des amygdales. (*France méd.*, 1898, n° 24.)
- IN *Revue de Moure*, 1898, t. II, p. 1018.
- MOREL-LAVALÉE. — Chancre syphilitique de l'amygdale. (*Annales de dermatol.*, 1883, t. II, n° 1.)
- Relevé des chancres extra-génitaux du service de M. le professeur Fournier, du 1^{er} février 1887 au 1^{er} février 1888. (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1888, p. 375.)
- Contribution au diagnostic du chancre de l'amygdale. (*Bulletin méd.*, 1896, 30 décembre.)
- NADAU DES ILETES. — *Thèse de Paris*, 1858.
- NIVET. — Fréquence relative des différentes variétés de chancres extra-génitaux chez l'homme et chez la femme. (*Thèse de Paris*, 1887.)
- ORY. — Étiologie des syphilides malignes précoces. (*Thèse de Paris*, 1876.)
- IN *Ann. de dermat. et syphil.*, 1877-78, p. 104.

- PANOFF (A.). — Contribution à l'étude de l'angine ulcéro-membraneuse chancriforme et de la stomatite ulcéro-membraneuse à bacilles et spirilles de Vincent. (*Thèse de Nancy*, 1899.)
- PERONI et GRADENIGO. — Syphilome primitif de l'amygdale. (*Arch. ital. di otol.*, 1894.)
- PERROGON. — Chancres syphil. de l'amygdale droite et de la lèvre supérieure. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1898, n° 35.)
IN *Revue de Moure*, 1898, t. II, p. 1354.
- PETERSEN (O.-W.). — Wratch, 1886, en russe.
- PIVAUDRAN. — De la syphilis des amygdales. (*Thèse de Paris*, 1883-84.)
- POLOTEBNOW (A.-G.). — *Protokol der Russisch. syph. und dermat. gesellschaft*, 1885, 30 nov. p. 27.
- POSPELOW. — *Arch. f. dermatol. und syphil.*, 1889, nos 1 et 2, p. 28.
IN *Ann. de dermatologie et syphil.*, 1890, p. 455.
- RABITCH. — Chancre infect. de l'amygdale. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1887, n° 17.)
IN *Annales de dermat. et syphil.*, 1887, p. 469.
- RAOULT et BRINDEL. — Des ulcérations de l'amygdale : *Rapport au congrès de la Société française d'otologie*, 1900, p. 84.
- REBOUL (Ch.-F.). — Recherches sur l'étiologie des chancres syphil. extra-génitaux. (*Thèse de Bordeaux*, 1892-93).
- REYNOLDS. — *Philadelphia méd. Times*, 1888, p. 321.
IN *Revue de Moure*, 1889, p. 197.
- RICORD. — Lettres sur la syphilis.
- RICARDI. — *Sifilide da allamento*, Milano, 1864.
- RIZAT. — *Ann. de dermat. et syphil.*, 1885.
- ROBIN (A.). — De la syphilis amygdalienne à forme diphtéroïde. (*Gaz. méd. de Paris*, 2 janvier 1886.)
IN *Revue des sciences méd. en France et à l'étranger*, t. XXVIII, p. 243.
- ROLLET. — Article « Bouche » et art. « Chancre syphilitique », *Dictionn. encyclopédique des sciences méd.*
— *Arch. de médecine*, 1859.

- RONA. — *Pester med. chirurg. Presse*, 1889, t. XVIII, p. 441.
- ROUSSEL. — De la syphilis tertiaire, etc. (*Thèse de Paris*, 1881.)
- SCHIRAJEW. — *Vierteljar. f. dermatol. und syphilis*, 1881, p. 127.
- *Petersb. med. Wochenschrift*, 39, 1880.
- Harte Schanker an den Tonsillen. *Meditzinskoye Obosrenie*, 1880, mars.
- SCHNITZLER. — Ulcérations de l'amygdale. *Wien. Klin. Wochens.* 1889, p. 17.)
- SEWEKE (W.) — *Russkaja meditzina*, 1886, n° 42.
- SIGMUND (J.) — Syphilisansteckung ohne Beischlaf. (*Wiener med. Wochens.* 1854, n° 6.)
- SPILLMANN. — Contribution à l'étude du chancre buccal. (*Revue médicale de l'Est*, 1878, p. 292.)
- STONE. — Du chancre de l'amygdale. (*Méd. Age*, 10 févr. 1897).
- IN *Revue de Moure*, 1897, p. 1387.
- STUKOWENKOW (M.-J.). — Protokol der Sitzungen der Gesellschaft Kiew'scher Aertzte, 1884/85. *Kiew*, 1886, p. 45, en russe.
- SZADEK. — *Meditzinsky Viestnik*, 1884, p. 28 et 36.
- Quatre observ. de chancre de l'amygdale. (*Revue de Moure*, 1891, p. 206.)
- TAYLOR. — *New-York med. journal*, 1883, t. XXXIX, p. 276.
- *Boston med. journal*, t. CX, 1894, p. 537.
- Chancre of the tonsil. (*New-York med. journal*, 1884.)
- IN *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1885, pp. 115-116).
- *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1889, t. II, p. 66.
- TCHISTIAKOFF. — *Annales de dermat. et syphil.*, 1894, p. 252.
- TEISSIER. — Article « Syphilis bucco-pharyn. » du *Traité de médecine* de Brouardel et Brissaud.
- THIBIERGE. — Art. « Syphilis » du *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, 2^e édit., t. III.
- TOMASCHEWSKY. — *Wien. med. Presse*, 1886, n^{os} 30, 33, 35 et 36.
- *Russkaya meditzina*, 1885, n^{os} 18 et 19, en russe.
- VAJDA. — *Viertlj. f. dermatol. und syphilis*, 1875, p. 124.

VESLIN (L.). — Relevé des chancres syph. extra-gén. observés dans le service de la clinique des maladies cutanées et syphil. du 1^{er} févr. 1888 au 1^{er} févr. 1889. (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1890, p. 317.)

VIDAL. — *Annales de dermat. et syphil.*, 1889, p. 454.

VIENNOIS. — Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs produits par la contagion de la syphilis secondaire. (*Thèse de Paris*, 1860.)

WIGGLESWORTH. — *Arch. of dermatology*, 1879, t. V. p. 374.

In *Annales de dermat. et syphil.*, 1885, p. 115.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I ^{er} . — HISTORIQUE.....	1
CHAPITRE II. — ÉTIOLOGIE.....	6
CHAPITRE III. — SYMPTOMATOLOGIE.....	16
CHAPITRE IV. — PRONOSTIC.....	36
CHAPITRE V. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	39
CHAPITRE VI. — DIAGNOSTIC.....	42
CHAPITRE VII. — TRAITEMENT.....	58
OBSERVATIONS.....	63
1. FORME ÉROSIVE	63
2. — ULCÉREUSE	75
3. FORMES DIPHTÉROÏDE ET GANGRÉNEUSE.....	82
4. FORME BILATÉRALE.....	86
5. CHANCRE DES PILIERS	89
6. FORMES RARES ET GRAVES.....	93
7. CHANCRES AMYGDALIENS CHEZ LES BONNES D'ENFANTS ET NOURRICES.....	102
8. CONTAGIONS MULTIPLES ET FAMILIALES....	109
CONCLUSIONS.....	113
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	115

NANCY. — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE DE L'EST
